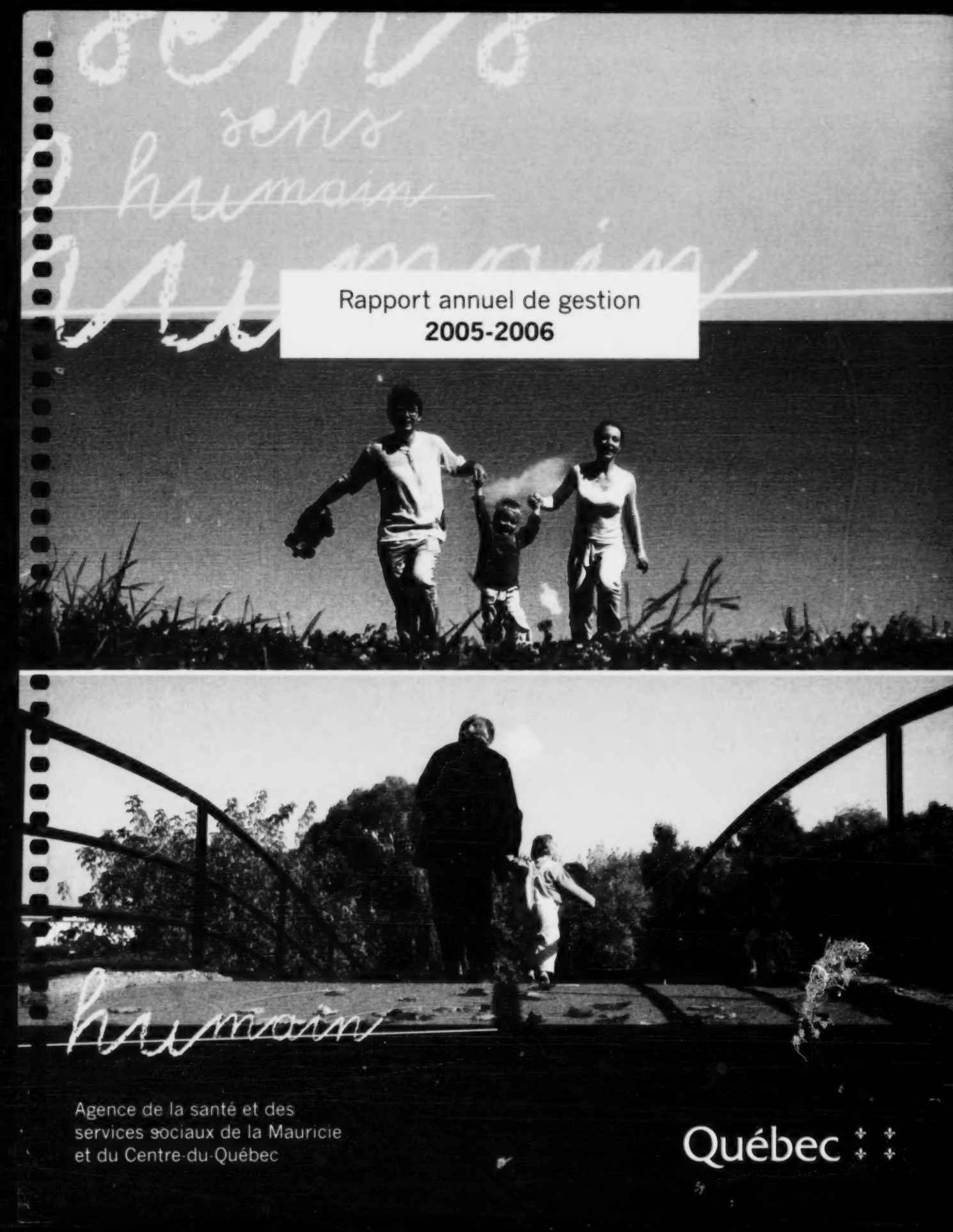


Rapport annuel de gestion
2005-2006

Agence de la santé et des
services sociaux de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2005-2006

CAAD-06-28
Adopté par le conseil d'administration
le 14 juin 2006

Conception
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Réalisation du rapport
Serge Beauchamp, directeur des services administratifs et des communications
René Lord, conseiller en communication
Jacques Lefebvre, conseiller à la Présidence-direction générale
Christine Ross, agente de planification, programmation et recherche
Toutes les directions de l'Agence de la santé et des services sociaux

Graphisme de la page couverture
Acolyte communication

Mise en page et correction
Diane Chiasson

Dépôt légal - 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89340-142-2

DANS CE DOCUMENT, LE GÉNÉRIQUE MASCULIN EST UTILISÉ DANS LE SEUL BUT D'ALLÉGER LE TEXTE ET DÉSIGNE TANT LES FEMMES QUE LES HOMMES.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
www.agencesss04.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

21e assemblée du conseil d'administration
Date : 14 juin 2006
Article : CAAD-21-12
Résolution : CAAD-06-28

RÉSOLUTION relative à l'adoption du rapport annuel de gestion 2005-2006 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

CONSIDÉRANT les exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (articles 385.7, 385.8 et 391) relativement à la production par l'Agence, pour le 30 septembre, d'un rapport annuel de gestion ;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, d'adopter le rapport annuel de gestion 2005-2006 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ.

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 15 juin 2006

Michèle Laroche,
Présidente-directrice générale

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES **7**

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION **9**

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS **13**

CHAPITRE 1 LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC **14**

1.1 TERRITOIRE ET POPULATION 14
1.2 RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 16

CHAPITRE 2 L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX **19**

2.1 MISSION 19
2.2 PLAN D'ORGANISATION 19
2.3 ENCADREMENT 20
2.4 ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2006 22
2.5 EFFECTIFS AU 31 MARS 2006 23
2.6 CONSEIL D'ADMINISTRATION 23
2.7 FORUM DE LA POPULATION 25
2.8 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE 26
2.9 COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE 28
2.10 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE 30
2.11 COMITÉ CONSULTATIF RÉGIONAL EN SANTÉ ET BIEN-ETRE DES FEMMES 32
2.12 COMITÉ POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES EN LANGUE ANGLAISE 33
2.13 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE 34
2.14 MESURES D'URGENCE 35

CHAPITRE 3 LES ACTIVITÉS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DES ÉTABLISSEMENTS **37**

3.1 PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE 40
3.1.1 Maladies infectieuses *40*
3.1.2 Infections nosocomiales *40*
3.1.3 Tabagisme *41*
3.1.4 Prévention des maladies chroniques *42*
3.1.5 Surveillance/évaluation *42*
3.1.6 Développement des enfants et des jeunes *43*
3.2 PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE 45
3.2.1 Services préhospitaliers d'urgence *45*
3.2.2 Affaires médicales et universitaires *46*
3.2.3 Info-Santé *47*
3.2.4 Services psychosociaux *48*
3.3 PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 50
3.4 PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE 52

3.5 PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED) 55
3.6 PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ 59
3.7 PROGRAMME DÉPENDANCES 62
3.8 PROGRAMME SANTÉ MENTALE 64
3.9 PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE 68
3.9.1 Service d'urgence 68
3.9.2 Listes d'attente 69
3.9.3 Organisation régionale des services pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale 72
3.9.4 Lutte contre le cancer 73
3.9.5 Soins palliatifs 76
3.9.6 Projet régional PRIISME-Diabète 77
3.9.7 Organisation régionale des services pour les personnes atteintes de sclérose en plaques (SEP) 78
3.9.8 Services de pharmacie 79
3.9.9 Réseau régional de traumatologie 79
3.10 PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES 81
3.10.1 Gestion des ressources humaines 81
3.10.2 Gestion des ressources informationnelles 87
3.11 GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS 88

CHAPITRE 4 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 91

4.1 SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 92
4.1.1 Augmentation du budget destiné aux organismes communautaires 92
4.1.2 Cadre de gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires 94

CHAPITRE 5 LES DONNÉES FINANCIÈRES 95

5.1 RAPPORT DE LA DIRECTION 95
5.2 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS 96
5.2.1 Données financières des établissements 116
5.2.2 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire 117
5.2.3 Autorisations d'emprunt 118
5.3 RESSOURCES FINANCIÈRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 119

ANNEXE : CODE D'ÉTIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC.

LISTE DES ACRONYMES

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
AMP	Activité médicale particulière
C-MDSA	Combitude-moniteur défibrillateur semi-automatique
CCS	Centre communication santé
CH	Centre hospitalier
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CJMCQ	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CRLC	Comité régional de lutte contre le cancer
CSDI	Centre de services en déficience intellectuelle
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
DI-TED	Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
FMOP	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSP	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
IAB	Initiative Amis des bébés
ICI	Intervention comportementale intensive
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OÉMC	Outil d'évaluation multi-clientèle
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREMO	Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique
PREMS	Plan régional des effectifs médicaux en spécialité
PSI	Plan de services intégrés
RA	Résidence d'accueil
RI	Ressources intermédiaires
RLS	Réseau local de services
RTF	Ressources de type familial
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRMO	Service régional de la main-d'œuvre
TMT	Tables médicales régionales
UMF	Unité de médecine familiale
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Au-delà des lois et des modifications structurelles des dernières années, 2005 se révèle parfaitement comme une année d'intégration où le réseau régional de la santé et des services sociaux s'est approprié les orientations et les valeurs préconisées par le législateur. L'exercice d'une nouvelle gouverne au palier local représente le fait marquant de l'année. Celui-ci s'est traduit par une forte mobilisation des différents acteurs dans les huit réseaux locaux de services (RLS) de la région. L'expression de cette gouverne locale a pris forme sous l'habile animation des centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont lancé des démarches territoriales de révision des processus cliniques dans différents programmes services. Ces démarches ont donné lieu à d'incalculables rencontres entre un réseau et son milieu qui, sous la base d'une approche populationnelle, a abordé la révision des continuums de services à la lumière des principes d'accessibilité, de qualité et de continuité des services.

S'il est encore trop tôt à cette étape pour témoigner de résultats tangibles en tant que valeur ajoutée directement aux services à la population, on ne peut ignorer le mouvement irréversible d'un profond changement de culture qui s'est amorcé à tous les échelons du système sociosanitaire. Bien que fort intangible à mesurer, un changement de culture se reconnaît à la tendance lourde d'engager une révision des modes d'organisation du travail. Cette réflexion intègre avant tout le point de vue du client visant à identifier les zones d'amélioration souhaitée dans la prestation de services. Le défi est humain et à dimension humaine. Plusieurs établissements ont profité de la conjoncture pour aborder simultanément des démarches d'Agrément, désirant identifier les bons mécanismes d'adaptation de leur organisation. En cela, l'ampleur des responsabilités qui a incombé aux CSSS et aux établissements à vocation régionale, qu'il s'agisse de construire une vision organisationnelle et de revoir le plan d'organisation en conséquence, d'assumer la transition et de soutenir les équipes de travail, d'animer ou de collaborer au Projet clinique, s'est avérée certes passionnante, parfois périlleuse pour la somme des défis cumulés, mais combien stimulante pour l'ensemble des dirigeants.

On ne peut ignorer le mouvement irréversible d'un profond changement de culture qui s'est amorcé à tous les échelons du système sociosanitaire.

Sur le terrain, la concrétisation de ces RLS s'est effectuée de diverses façons, dont celles-ci :

- par le réseautage des professionnels au sein même des CSSS, provoqué par la fusion des CLSC, CHSLD ou CH dont ils sont issus (ex. : constitution d'une seule équipe intervenant auprès des enfants et des jeunes par des services intégrés de 1re et de 2e ligne du CSSS) ;

- par l'atteinte des priorités et des objectifs signifiés annuellement par le MSSS ou par l'Agence qui impliquent, très souvent, l'organisation entre plusieurs partenaires d'une partie précise du RLS (ex. : accès rapide et efficace aux services d'intervention 24/7 en réponse aux crises suicidaires, psychiatriques ou psychosociales) ;

- par la poursuite et la bonification de *réseautages* efficaces de services qui existaient avant même les projets de loi 25 et 83 ;

Lancement des huit réseaux locaux : avril 2005.

- par la décision des partenaires locaux de régler ensemble, sans plus attendre, un problème particulier propre au territoire ;

- par l'élaboration d'un ou de plusieurs projets cliniques et organisationnels suite à une démarche de mobilisation territoriale conduite par le CSSS ;

- par la signature d'ententes de collaboration ou la mise sur pied de mécanismes de suivi et de référence ;

- par des démarches de planification et d'organisation des services cliniques garantissant le suivi systématique de certaines clientèles (ex. : personnes atteintes du cancer) ;

- par l'intégration du volet médical par les liens et mécanismes établis entre les CSSS et les médecins ;

- par des actions régionales visant à baliser le rapport avec le mouvement communautaire dans la perspective de perpétuer la tradition de bonnes relations avec les organismes sur une base locale ;

- par des mécanismes de communication assurant la circulation d'information auprès des gestionnaires du réseau ;

- par le transfert de connaissances et d'outils pédagogiques visant l'harmonisation des pratiques (ex. : la précision du concept de l'approche populationnelle par la santé publique).

Le rapport annuel de gestion énumère les résultats atteints dans les programmes services en 2005-2006. S'il est des défis qui apparaissent incontournables pour la prochaine année, ce sont ceux reliés à la disponibilité des données utiles et probantes à la prise de décisions qui vont influencer l'implantation des réseaux locaux. À cela s'ajoutent la disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée, son développement et sa rétention qui sont indispensables à la poursuite de la mission de ce réseau.

En tant que président du conseil d'administration et en tant que présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, nous saluons cette année spécialement, le courage de toutes les équipes de direction et de travail du réseau qui ont gardé le cap, parfois à l'arrachée, pour maintenir une production de services hautement de qualité. Ils ont su déployer les efforts requis malgré certaines difficultés d'accès aux effectifs médicaux et à une main-d'oeuvre qualifiée dans un contexte de transformation fort exigeant pour tout le monde. La capacité à se remettre en question et à intégrer une nouvelle conception du travail fondé sur la santé et le bien-être des citoyens représente l'une des perspectives à renouveler dans la tâche de chacun. Prendre en considération l'importance de préserver la santé et le bien-être des citoyens va au-delà d'une addition de comportements valorisés et d'une soustraction d'insatisfactions. Il y va du sens de notre travail et du rapport que nous entretenons entre nous comme ressources dédiées à la santé.

Nous saluons, cette année spécialement, le courage de toutes les équipes de direction et de travail du réseau qui ont gardé le cap, parfois à l'arrachée, pour maintenir une production de services hautement de qualité.

Nos remerciements accompagnent aussi particulièrement les médecins de la région où les liens se sont multipliés cette année par l'intermédiaire du Département régional de médecine générale (DRMG) et par les tables médicales territoriales. Nos remerciements veulent souligner l'inlassable contribution du personnel de l'Agence, des instances consultatives, des membres du conseil d'administration ainsi que tous les partenaires qui maintiennent leurs engagements envers la population de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Michèle Laroche
Présidente-directrice générale

Jean-Guy Doucet
Président du conseil d'administration

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Ce rapport annuel de gestion 2005-2006 présente des fiches de bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité pour la treizième période. Les informations contenues dans ces fiches relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

À cette fin, outre la vérification systématique des données à chaque transmission avec les années et périodes antérieures, en 2005-2006, trois rencontres régionales ont été tenues par l'Agence avec les responsables des ententes de gestion des établissements. Ces personnes, déléguées par les directeurs généraux, s'assurent de la gestion interne de l'ensemble du processus lié aux ententes de gestion et d'imputabilité (compréhension des indicateurs, coordination, transfert de données, transfert de connaissances dans l'établissement).

L'Agence porte une attention particulière aux données provenant du système d'information clientèle I-CLSC. Lors des rencontres statutaires en cours d'année, les pilotes régional et locaux de ce système s'assurent de l'harmonisation de leurs pratiques ainsi que de leur compréhension des indicateurs et des critères d'extraction utilisés.

Une mise en garde est nécessaire sur les données relatives à la production de chirurgies. Les informations utilisées pour la mesure des résultats de production de chirurgies (OPERA) proviennent d'une source différente de celle utilisée pour l'engagement (Med-Écho). Les données présentées sont conformes à celles provenant des systèmes d'information utilisés aux blocs opératoires des établissements. Des travaux ont aussi été menés afin de réduire l'écart enregistré entre ces deux sources d'information.

Les résultats et les données des fiches du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2005-2006 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec présentent :

- les résultats obtenus en 2004-2005, les cibles et les résultats 2005-2006 ;
- les données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans les fiches de bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité, ainsi que les contrôles afférents à ces données, sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période de l'exercice 2005-2006.

Michèle Laroche
Présidente-directrice générale

CHAPITRE 1 LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

1.1 TERRITOIRE ET POPULATION

La région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec possède un vaste territoire de près de 45 000 km^2. Elle englobe deux régions administratives : la Mauricie et le Centre-du-Québec.

Elle est la quatrième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec, sa population pour l'année 2006 est estimée à 484 466 personnes et se concentre principalement dans le centre et le sud, la partie nord étant très peu peuplée.

Un peu plus de 1 % de sa population est autochtone (5 200 individus). Bien que l'on retrouve deux des quatre réserves amérindiennes au Centre-du-Québec, la population autochtone réside principalement dans le réseau local de services (RLS) du Haut-Saint-Maurice. Environ 1 % de la population de la région est de langue maternelle anglaise. Bien qu'elle se répartisse dans tous les districts, plus de la moitié de cette population demeure dans les territoires de Drummond et de Trois-Rivières. Enfin, 1,3 % de la population est de langue maternelle autre que française ou anglaise.

D'autre part, on dénombre, depuis les dernières années, environ 4 200 naissances et 4 150 décès annuellement. La croissance démographique de la région est limitée, la population ne s'étant accrue que de 0,4 % depuis les dix dernières années, ce qui est inférieur au Québec (4,9 %). On y retrouve 19 % de jeunes de moins de 18 ans, 65 % d'individus âgés de 18 à 64 ans et 16 % de personnes de 65 ans et plus. Comme cette faible croissance s'accompagne d'un vieillissement accéléré de la population, dans dix ans, les 65 ans et plus représenteront près d'une personne sur cinq. Notons que, pour la même période, le nombre de personnes de 85 ans et plus augmentera de 46 %.

Le nombre de familles avec enfants résidant sur le territoire se chiffre à 80 795 dont 26 % sont monoparentales. Enfin, 13 % des personnes de 15 ans et plus vivent seules et cette proportion grimpe à 32 % chez les personnes de 65 ans et plus.

Malgré le fait que l'on retrouve dans la région une plus forte proportion de personnes n'ayant pas de diplôme secondaire comparativement au Québec, le niveau de scolarité s'est grandement amélioré ces dernières années. En 1991, plus de 43 % des personnes de 15 ans et plus ne possédaient aucun diplôme d'études secondaires contre 35 % en 2001. Pour sa part, la proportion de la population ayant un grade universitaire (au moins un baccalauréat) augmentait de 6 % à 8 %. Par ailleurs, en 2000, 17 % de la population vivait sous le seuil de faible revenu (15 % des hommes et 20 % des femmes).

Le portrait global de santé

Les résidents de la région peuvent espérer vivre en moyenne 78,7 ans, ce qui est légèrement inférieur à l'espérance de vie des Québécois, soit 79,2 ans. Notons qu'une différence de cinq ans d'espérance de vie est observée pour les hommes habitant les communautés les plus favorisées comparativement aux hommes des communautés les moins favorisées (*Les inégalités de*

santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologie (phase II), disponible sur le site de l'Agence).

Parmi la population de 12 ans et plus, 55 % des gens se considèrent en excellente ou en très bonne santé. D'autre part, une personne sur cinq déclare souffrir d'allergies autres qu'alimentaires, ce qui en fait le problème de santé le plus fréquemment rapporté. Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos, les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, l'hypertension et les migraines.

Les maladies cardiovasculaires et le cancer représentent les deux principales causes de décès en Mauricie et au Centre-du-Québec, entraînant chacun environ 30 % des décès, peu importe le sexe. Les traumatismes non intentionnels représentent également une cause non négligeable de décès pour notre région, et ce, particulièrement à cause des traumatismes routiers.

Dans le cas du cancer, celui de la trachée, des bronches et du poumon entraîne le plus de décès chez les hommes, suivi du cancer colorectal et du cancer de la prostate. Chez les femmes, bien que le cancer du sein soit celui à l'origine d'un plus grand nombre de nouveaux cas, c'est aussi le cancer de la trachée, des bronches et du poumon qui est la première cause de décès par cancer, suivi du cancer du sein et du cancer colorectal.

Notons qu'une différence de cinq ans d'espérance de vie est observée pour les hommes habitant les communautés les plus favorisées comparativement aux hommes des communautés les moins favorisées.

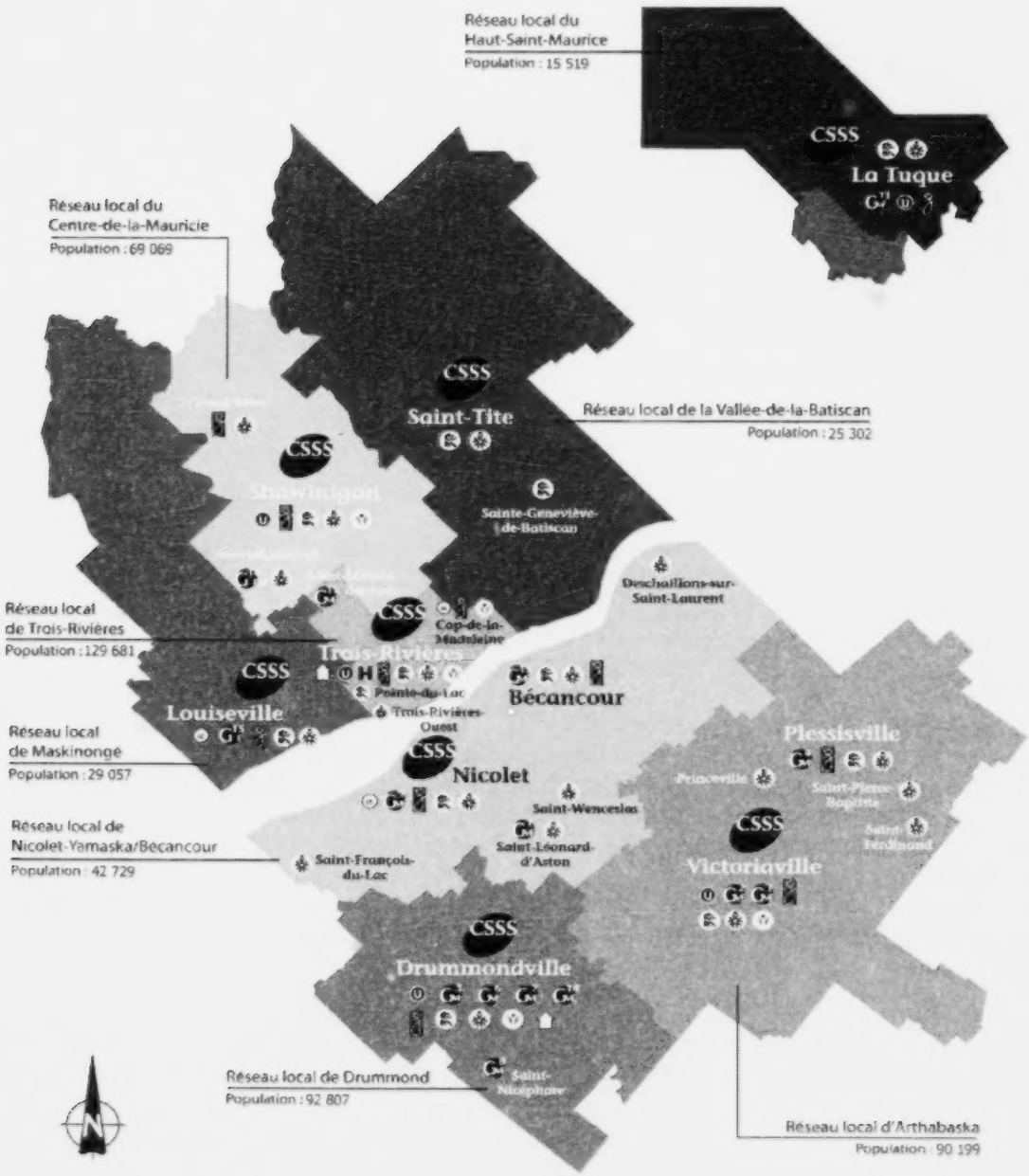
Les principales causes d'hospitalisation, en excluant les hospitalisations liées à la grossesse et à l'accouchement, sont : les maladies cardiovasculaires, les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil respiratoire, les tumeurs et les traumatismes et empoisonnements. Les proportions d'hospitalisations attribuables à chacune de ces causes sont environ les mêmes chez les deux sexes à l'exception des maladies cardiovasculaires, lesquelles représentent 23 % des hospitalisations chez les hommes contre 17 % chez les femmes.

Mentionnons également, que la proportion de personnes présentant un excès de poids dû à l'embonpoint ou à l'obésité est en hausse en Mauricie et au Centre-du-Québec. En effet, chez les personnes de 18 ans et plus, cette proportion est passée, entre 1987 et 2003, de 27 % à 35 % pour l'embonpoint et de 8 % à 16 % pour l'obésité.

En 2003, 74 % de la population de 12 ans et plus en Mauricie et au Centre-du-Québec déclarait avoir une excellente ou très bonne santé mentale. Cependant, pour la région, le suicide demeure un problème majeur. Tandis que l'on observe une diminution provinciale du taux de suicide depuis l'an 2000 pour atteindre des valeurs comparables à celles observées dans les années 1980, le taux de la région n'a pas connu cette diminution. Ainsi, on dénombre en moyenne 124 décès par suicide chaque année sur notre territoire.

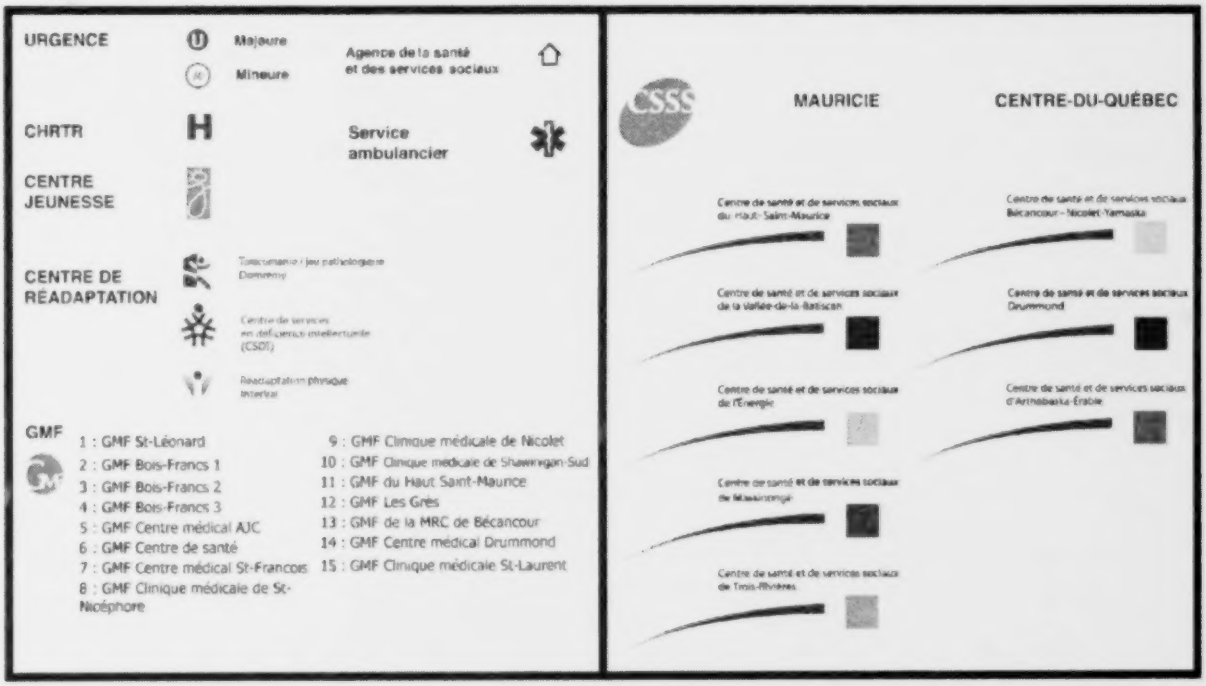
Dans l'ensemble, l'état de santé de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est amélioré au cours des dernières décennies. Cependant, plusieurs défis demeurent, telle la persistance des inégalités de santé et de bien-être, et d'autres s'annoncent comme les changements démographiques ou l'apparition de certains facteurs de risque, ayant inévitablement un impact sur les besoins en santé.

1.2 RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC



Territoires de réseaux locaux de services	
du Haut-Saint-Maurice	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
du Centre-de-la-Mauricie	• Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie • Vigi les Chutes ltée (privé conventionné)
de la Vallée-de-la-Batiscan	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
de Trois-Rivières	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
de Maskinongé	Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
de Bécancour–Nicolet-Yamaska	Centre de santé et de services sociaux Bécancour–Nicolet-Yamaska
d'Arthabaska et de l'Érable	• Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-Érable • Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. (privé conventionné)
de Drummondville	Centre de santé et de services sociaux Drummond
Établissements à mission régionale	
Réadaptation	
Dépendances	Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
Déficience physique	Centre de réadaptation InterVal
Déficience intellectuelle	Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec
Jeunesse/famille	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Hôpital	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Légende



Mai 2005
Source données de population : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques selon du district de CLSC, 2001-2026, édition 2003.

CHAPITRE 2 L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

2.1 MISSION

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été instituée le 1er janvier 2006, à la suite de l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 2005, c.32.

En association avec ses partenaires, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec vise le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Pour exercer ses responsabilités, elle apporte une contribution qui la distingue en posant les principaux gestes suivants :

- elle porte une vision globale intégrée de la santé et du bien-être de la population ;
- elle propose et convient avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaire et institutionnel de la contribution qu'elle attend d'eux, dans le respect des responsabilités de chacun ;
- elle se fait l'agent promoteur, auprès des partenaires régionaux des autres secteurs qui ont de l'influence sur le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être, des objets pour lesquels elle souhaite faire des alliances ;
- elle crée des conditions permettant aux réseaux et aux partenaires d'assurer leurs responsabilités au regard de la santé et du bien-être de la population ;
- elle s'assure de la qualité (efficience, efficacité, pertinence et interdépendance) des actions du réseau de la santé et des services sociaux ;
- elle contribue à l'amélioration de la performance du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

2.2 PLAN D'ORGANISATION

Le plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec est conçu de manière à assurer de façon optimale la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. L'Agence assume les fonctions reliées :

- à la population et aux usagers ;
- à l'allocation des ressources financières ;
- à l'organisation des services ;
- à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières ;

- à la santé publique ;
- aux priorités de santé et de bien-être.

Les caractéristiques qui lui sont propres permettent de présenter une organisation :

- comportant peu de paliers hiérarchiques ;
- souple, ouverte, décloisonnée ;
- basée sur des équipes responsabilisées et imputables ;
- qui place la population au centre de ses actions ;
- qui agit en partenariat avec les organismes et établissements des territoires, de même qu'avec les acteurs socio-économiques ;
- qui accorde une priorité au pilotage stratégique réalisé en association autant à l'interne qu'avec les partenaires externes.

La structure comporte donc six directions sous la responsabilité de la Présidence-direction générale, soit :

- Direction des services administratifs et des communications ;
- Direction des ressources réseau ;
- Direction des services de santé et des affaires médicales ;
- Direction de santé publique ;
- Direction des services sociaux ;
- Direction des systèmes d'information et de la qualité.

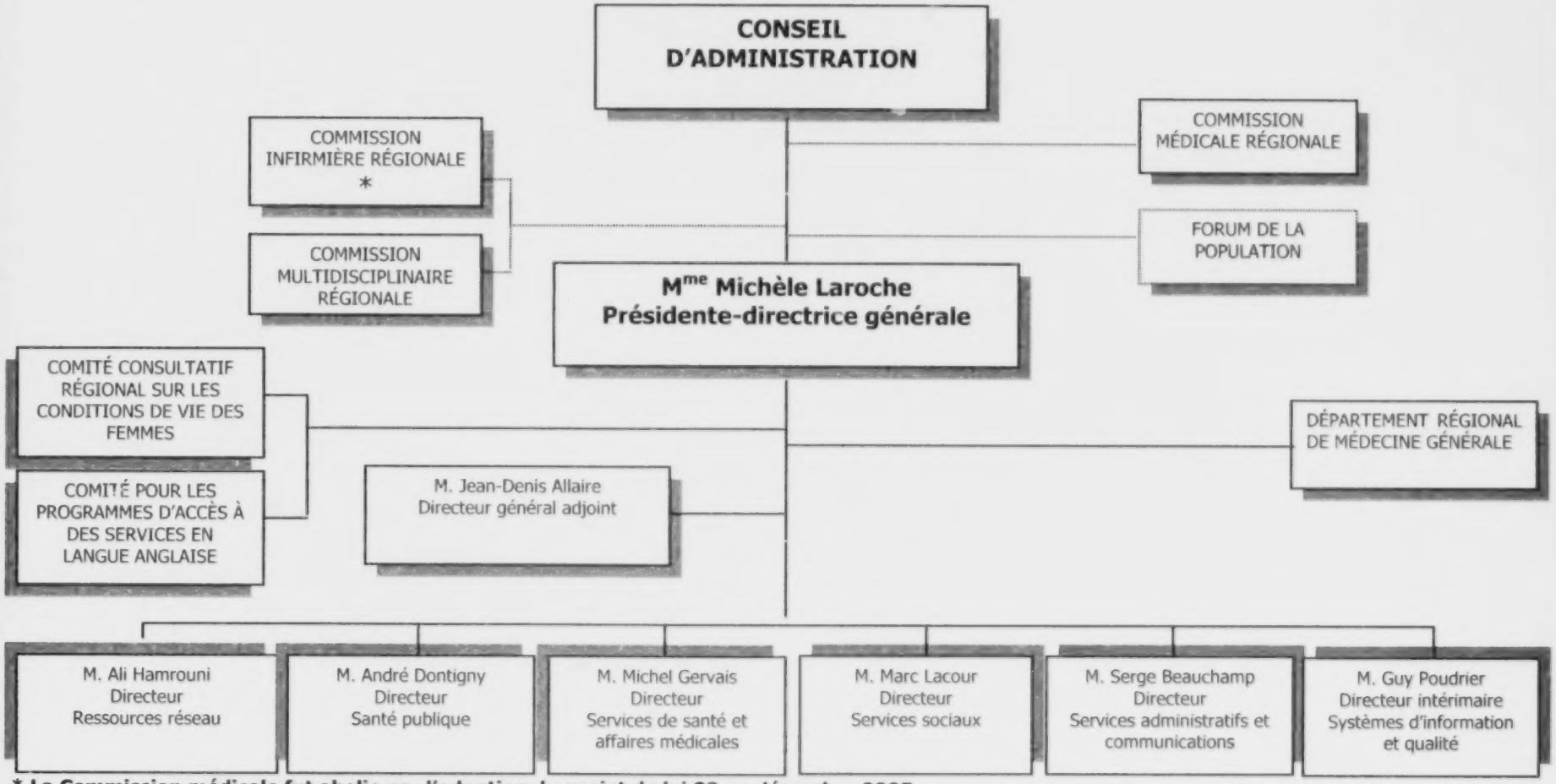
Au centre de cette structure se retrouve le conseil d'administration, composé de membres issus de la région. Imputable auprès du ministre, il assure son rôle d'administration supérieure des orientations de l'organisation. Il peut recourir à cette fin à quatre instances consultatives régionales, lui assurant ainsi l'expertise nécessaire à une réponse adaptée aux multiples besoins de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les ressources de l'Agence sont réparties dans les locaux du 550 rue Bonaventure à Trois-Rivières et du 570 rue Heriot à Drummondville.

2.3 ENCADREMENT

Deux niveaux d'encadrement sont mis en place à l'Agence. Cependant, un niveau intermédiaire est institué, d'une part, par les obligations relatives à un contrat de services avec la Commission de santé et de sécurité au travail (CSST), d'autre part, par des activités régionales dispensées par le Technocentre régional, et finalement, par la fonction de Commissaire régional à la qualité, relevant de la Présidence-direction générale. Les postes de direction sont les suivants :

- une présidente-directrice générale ;
- un directeur général adjoint ;
- un directeur des services administratif et des communications ;
- un directeur des ressources réseau ;
- un directeur des services de santé et des affaires médicales;
- un directeur de santé publique ;
- un directeur des services sociaux ;
- un directeur des systèmes d'information et de la qualité.

2.4 ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2006



*** La Commission médicale fut abolie par l'adoption du projet de loi 83 en décembre 2005.**

2.5 EFFECTIFS AU 31 MARS 2006

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres		
- Temps complet..... (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	10	9
- Temps partiel..... Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	---	---
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi.....	---	---
Les employés réguliers		
- Temps complet (c)..... (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	113	112
- Temps partiel..... Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	7.6	7,6
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi.....		1
Les occasionnels		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice.	73 120	54 780
Équivalents temps complet (b).....	40.00	30.0

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par : Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées divisé par 1826 heures.

(c) Exclue les postes affectés au Technocentre régional (8), à l'Infocentre régional (5) et en libération syndicale permanente (1).

2.6 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Liste des membres du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux au 31 décembre 2005

Madame Marie-Claude Ayotte
Trois-Rivières

Monsieur Raymond Bilodeau
Nicolet-Yamaska

Monsieur. Vianney Croteau
La Tuque

Monsieur Jean Damphousse
Maskinongé

Liste des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux au 31 mars 2006

Madame Denise Beaumier
Membre cooptée
Shawinigan

Madame Jacqueline Bergeron
Commission infirmière régionale
Sainte-Geneviève-de-Batiscan

Madame Denise Chandonnet
Comités des usagers des établissements
Shawinigan

Liste des membres du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux au 31 décembre 2005

Monsieur Jean-Guy Doucet, vice-président
Nicolet-Yamaska

Madame Monique Émond
Trois-Rivières

Madame Denise Beaumier-Ferland
Shawinigan

Madame Julie Garneau
Arthabaska

Madame Michèle Laroche, secrétaire
Trois-Rivières

Monsieur Michel Legault
Trois-rivières

Monsieur. André Moreau
Arthabaska

Monsieur Alain Noël
Drummondville

Madame Nicole Poirier
Trois-Rivières

Monsieur Maurice Robert, président
Trois-Rivières

Monsieur Claude Trudel
Mékinac

Madame Nicole Villiard
Drumondville

Liste des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux au 31 mars 2006

Monsieur Éric Chevalier
Organismes socio-économiques
Trois-Rivières

Monsieur Camille Couture
Organismes représentatifs du milieu syndical
Trois-Rivières

Monsieur Vianey Croteau
Les centres de santé et de services sociaux
La Tuque

Madame Myriam Demers
Membre cooptée
Louiseville

Monsieur Jean-Guy Doucet
Les établissements à mission régionale
Saint-Léonard-d'Aston

Madame Monique Émond
Organismes du milieu communautaire
Trois-Rivières

Madame Julie Garneau
Membre cooptée
Victoriaville

Monsieur Vincent Guay
Commission multidisciplinaire
Victoriaville

Monsieur Gérald Lapierre
Organismes socio-économiques
Drummondville
Madame Michèle Laroche
Présidente-directrice générale de l'Agence

Monsieur Alain Noël
Département régional de médecine générale
Drummondville

Monsieur Rémi Tremblay
Organismes du secteur public de l'enseignement
Trois-Rivières

Rapport de suivi sur l'application du Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration de l'Agence.

Pour l'année 2005-2006, aucune situation de manquement au Code d'éthique et de déontologie n'a été signalée ou traitée.

Conformément aux règles du Code d'éthique et de déontologie, la déclaration d'intérêts et l'engagement à respecter le Code, ont été signés par tous les administrateurs en place.

2.7 FORUM DE LA POPULATION

Mandat

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de la santé et du bien-être. Il doit également formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de ces services. De plus, le Forum doit être consulté sur le plan stratégique triennal d'organisation de services et sur le plan régional de santé publique.

Liste des membres (au 31 mars 2006)

Madame Marjolaine Arseneault, Bécancour

Madame Julie Bouchard, Trois-Rivières

Monsieur Alain Denis, président, Yamachiche

Monsieur Marcel Derenne, Plessisville

Madame Anne-Marie Bureau-Gingras, Notre-Dame-de-Montauban

Monsieur Wilfrid Grimard, Victoriaville

Monsieur Donald Grimard, La Tuque

Madame Denise Guay, Trois-Rivières

Madame Louise-Hélène Houde, Saint-Boniface

Monsieur Denis Landry, Wôlinak

Monsieur Francis Laroche, Saint-Christophe-d'Arthabaska

Madame Aline Morissette, Trois-Rivières

Madame Yolande Morissette, Saint-Léonard-d'Aston

Monsieur Donald Pinet, vice-président, Trois-Rivières

Monsieur André Poirier, Victoriaville

Résultats atteints

Le Forum de la population a tenu trois rencontres en 2005-2006. Au cours de ces réunions, les membres du Forum ont pris connaissance :

- de l'évolution des travaux relatifs au projet de loi 83, dont plus particulièrement ceux à l'égard de l'avenir du Forum de la population ;
- du rapport annuel d'examen des plaintes ;
- du Plan d'action régional sur le vieillissement de la population ;
- du cycle des ententes de gestion et d'imputabilité ;
- du degré d'avancement des projets cliniques ;
- de l'état de situation de la mise en place des réseaux locaux de services ;
- du développement de la faculté de médecine ;
- de l'implantation de l'approche « milieu de vie » en milieu d'hébergement.

Outre certains avis techniques requis en vertu des règles internes de fonctionnement, le Forum a émis une recommandation au conseil d'administration portant sur :

- les orientations stratégiques et les éléments de mise en œuvre du Plan d'action régionale sur le vieillissement de la population.

Étant donné la remise en question par le projet de loi 83 du Forum de la population, les membres du Forum et du conseil d'administration de l'Agence n'ont tenu aucune rencontre publique conjointe en 2005-2006.

De plus, le mandat des membres du Forum, en place depuis octobre 2002, étant de trois ans, la confirmation de la reconduction du Forum par l'adoption du projet de loi 83 imposait un nouvel appel de candidature. Le processus de renouvellement des membres du Forum s'est tenu de janvier à mars 2006.

2.8 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

Mandat

La Commission infirmière régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services ;
- certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers ;
- les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Liste des membres (au 31 mars 2006)

Collège de l'enseignement universitaire
Madame Michèle Côté, professeure
Département des sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Collège de l'enseignement collégial
Madame Carole Lemire, présidente, professeure
Coordonnatrice en soins infirmiers au Cégep de Shawinigan

Collège des directrices ou des responsables des soins infirmiers
Madame Jocelyne Charest, directrice adjointe aux soins et services clientèle
CSSS d'Arthabaska-Érable

Madame Josée Simoneau, directrice des soins infirmiers
CSSS d'Arthabaska-Érable
En remplacement de :
Madame Louise Boisvert-Gosselin, responsable des soins infirmiers
CSSS d'Arthabaska-Érable

Collège des comités exécutifs des conseils infirmières et infirmiers
Madame Francine Boulé, infirmière clinicienne, service de cardiologie
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Madame Micheline Lafond, assistante du supérieur immédiat aux soins à domicile
CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska

Madame Sylvie Girard, directrice de la qualité et des soins infirmiers
CSSS du Haut-Saint-Maurice

Madame Nicole Villiard, infirmière, services ambulatoires de gériatrie
CSSS Drummond

Collège membre des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires
Madame Liette Vaudreuil, infirmière auxiliaire
CSSS d'Arthabaska-Érable
En remplacement de :
Madame Céline Cloutier, infirmière auxiliaire
CSSS d'Arthabaska-Érable

Collège membre coopté
Madame Jocelyne Belisle, chef du programme santé mentale
Centre régional de santé mentale, CSSS de l'Énergie

Membre observateur
Madame Odette Doyon, professeure
Département des sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Membre d'office
Madame Michèle Laroche
Présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux

Résultats atteints

La Commission infirmière régionale a tenu deux rencontres en 2005-2006. Au cours de ces réunions, les membres de la Commission ont pris connaissance :

- du Plan d'action régional sur le vieillissement de la population ;
- du Programme régional de dialyse rénale ;
- de l'évolution des travaux relatifs au projet de loi 83 ;
- du degré d'avancement des projets cliniques ;
- de l'état de situation de la mise en place des réseaux locaux de services ;
- de l'état de mise en oeuvre plan d'action en santé mentale.

Outre certains avis techniques requis en vertu des règles internes de fonctionnement, la Commission a émis deux recommandations au conseil d'administration portant sur :

- les orientations stratégiques et les éléments de mise en œuvre du Plan d'action régional sur le vieillissement de la population ;
- les orientations régionales en dialyse rénale.

Le mandat des membres de la Commission ayant déjà été prolongé au delà de l'échéance de trois ans, l'adoption du projet de loi 83 en décembre 2005 imposait un nouvel appel de candidatures. Le processus de renouvellement des membres de la Commission s'est tenu de janvier à mars 2006.

2.9 COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE

Mandat

La Commission médicale régionale (CMR) est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- l'organisation et la distribution des services médicaux dans la région et sur le plan des effectifs médicaux, à la lumière des plans régionaux d'organisation de services ;
- la qualité de l'organisation des services médicaux dans la région ainsi que sur l'accessibilité à ces services et sur leur coordination ;
- les modes de rémunération et l'organisation de la pratique des médecins qui sont susceptibles de répondre le mieux aux besoins de la région.

Liste des membres (au 31 décembre 2005)

Collège des médecins spécialistes
Dr Robert Cyr
CSSS de l'Énergie

Dre Marie-Hélène Girouard
CHRTR et CSSS de Maskinongé

Dr Alain Noël, (vice-président)
CSSS Drummond (Hôpital Sainte-Croix), CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska et cabinet privé

Collège des médecins omnipraticiens
Dr Jean-Claude Philibert, (président)
CSSS de l'Énergie et cabinet privé

Dre Monic Pichette
CSSS d'Arthabaska-Érable (Hôtel-Dieu d'Arthabaska) et cabinet privé

Dr André Trahan
CHRTR, CSSS de Trois-Rivières et cabinet privé

Membres désignés par l'Agence de la santé et des services sociaux
Dr Jean Langlois
CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska

Dr Alain Renaud
CSSS de l'Énergie et cabinet privé

Dr Jacques Bernard
CHRTR et cabinet privé

Membre observateur
Dr Gérald Bélanger
CSSS d'Arthabaska-Érable

Membres d'office
Dr André Dontigny
Directeur de santé publique

Madame Michèle Laroche
Présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux

Résultats atteints

La Commission médicale régionale a tenu une rencontre en 2005-2006. Au cours de ces réunions, les membres de la Commission ont pris connaissance :

- du projet de loi sur les médicaments ;
- modifications de règles de fonctionnement du DRMG ;
- du Programme régional de dialyse rénale ;
- de l'évolution des travaux relatifs au projet de loi 83, dont plus particulièrement ceux à l'égard de l'avenir de la commission médicale et à l'ajout du Comité régional sur les services pharmaceutiques ;

Outre certains avis techniques requis en vertu des règles internes de fonctionnement, la Commission a émis une recommandation au conseil d'administration portant sur :

- les orientations régionales en dialyse rénale.

La Commission médicale fut abolie par l'adoption du projet de loi 83 en décembre 2005.

2.10 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

Mandat

La Commission multidisciplinaire régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- l'organisation, la distribution et l'intégration des services dans la région de même que sur la planification de la main-d'œuvre à la lumière des plans régionaux d'organisation des services ;

- certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région ;

- les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Liste des membres (au 31 mars 2006)

Collège de l'enseignement collégial
Monsieur Vincent Guay, directeur général,
Cégep de Victoriaville
En remplacement de :
Madame Louise Bertrand, directrice adjointe aux programmes et développement pédagogique
Cégep de Trois-Rivières

Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines sociaux
Madame Marie-Claude Blais, professeure
Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières
En remplacement de :
Monsieur Gilles Dubois, professeur
Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines de la santé
Madame Jocelyne Moreau, professeure
Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Collège professionnel du domaine social
Madame Ginette Comeau, agente de relations humaines
CSSS de l'Énergie

Madame Marie-Claude Ayotte, psychologue
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan

Collège gestionnaire du domaine social
Monsieur Yvon Comeau, directeur des services clientèle
Le Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Collège professionnel du domaine de la réadaptation et de la santé
Monsieur Carl Montpetit, vice-président, physiothérapeute
Centre de réadaptation InterVal

Monsieur Jeannot Laliberté, chef du service de réadaptation
CSSS Drummond
En remplacement de :
Madame Diane Gobeil (jusqu'au 6 décembre 2004), physiothérapeute
CSSS Drummond

Collège gestionnaire du domaine de la réadaptation et de la santé
Madame Nathalie Bishop, directrice adjointe aux services professionnels et de réadaptation
Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie / Centre-du-Québec

Collège professionnel des domaines techniques
Madame Cyndie Villeneuve, technicienne en réadaptation physique
CSSS d'Arthabaska-Érable

Madame Marie-Andrée Pintal, intervenante sociale
CSSS de Trois-Rivières

Madame Monique R. Lupien, présidente, chef de programme à l'hébergement
CSSS de Maskinongé

Membre observateur
Monsieur Jean Dufresne, coordonnateur
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Membre d'office
Monsieur Jean-Denis Allaire
Directeur général adjoint de l'Agence de la santé et des services sociaux

Résultats atteints

La Commission multidisciplinaire régionale a tenu trois rencontres en 2005-2006, dont une réunion extraordinaire tenue par conférence téléphonique. Au cours de ces réunions, les membres de la Commission ont pris connaissance :

- du Plan d'action régional sur le vieillissement de la population ;
- du Programme régional de dialyse rénale ;
- de l'évolution des travaux relatifs au projet de loi 83 ;
- du degré d'avancement des projets cliniques ;
- de l'état de situation de la mise en place des réseaux locaux de services ;

- de l'état de mise en oeuvre plan d'action en santé mentale.

Outre certains avis techniques requis en vertu des règles internes de fonctionnement, la Commission a émis deux recommandations au conseil d'administration portant sur :

- les orientations stratégiques et les éléments de mise en œuvre du Plan d'action régional sur le vieillissement de la population ;

- les orientations régionales en dialyse rénale.

Le mandat des membres de la commission ayant déjà été prolongé au delà de l'échéance de trois ans, l'adoption du projet de loi 83 en décembre 2005 imposait un nouvel appel de candidature. Le processus de renouvellement des membres de la commission s'est tenu de janvier à mars 2006.

2.11 COMITÉ CONSULTATIF RÉGIONAL EN SANTÉ ET BIEN-ETRE DES FEMMES

Mandat

Le Comité consultatif régional en santé et bien-être des femmes est responsable envers la présidence-direction générale de l'Agence de donner son avis, à la demande de celle-ci, sur :

- l'intégration des éléments spécifiques aux femmes dans l'organisation, la distribution et l'intégration des services dans la région ;

- certaines questions relatives à l'adéquation, l'accessibilité ou la coordination des services vues sous l'angle de la réponse aux besoins spécifiques des femmes.

Liste des membres

Madame Francine Boivin, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Madame Johanne Blais (remplacée par Andrée Boileau), Table de concertation du mouvement des Femmes de la Mauricie

Madame Marie-Andrée Pintal, CSSS de Trois-Rivières

Madame Sandra Vachon (remplacée par Diane Denoncourt), CALACS de Trois-Rivières

Madame Carole Chevalier, Centre d'action bénévole du Rivage

Madame Chantale Paré, CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska

Madame Andrée Brière, CSSS d'Arthabaska-Érable

Madame Annie Lessard, Centre des femmes l'Héritage

Madame Céline Neault, Emploi, solidarité sociale et famille, Centre local d'emploi de Trois-Rivières

Madame Suzanne Geoffroy, Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Pavillon Larorest

Madame Clo Pratte, Centre de santé des femmes de la Mauricie

Madame Isabelle Côté, responsable de la coordination du Comité

Résultats atteints

Le Comité consultatif régional en santé et bien-être des femmes a tenu deux rencontres en 2005-2006. Au cours de ces réunions, les membres du Comité ont pris connaissance :

- de la formation sur l'Analyse différenciée selon les sexes (ADS) ;
- de l'état de situation de la mise en œuvre des RLS et sur les actions de soutien offertes par l'Agence ;
- du projet d'intégration des services de Sages-femmes au Centre-du-Québec et Mékinac et de la démarche pour l'élaboration des orientations régionales 2005-2010 pour le développement de services de Sages-femmes ;
- de la Vision stratégique et du plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées ;
- des nouveaux mandats de l'Agence prévus au projet de loi 83.

Le comité n'a émis aucun avis en 2005-2006.

2.12 COMITÉ POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

Mandat

Le Comité est responsable de donner son avis sur les programmes d'accès à des services en langue anglaise élaborés par l'Agence, d'évaluer ces programmes et, le cas échéant, y suggérer des modifications.

Liste des membres (au 31 mars 2006)

Collège associations communautaires
Madame Mary-Frances Enright
Saint-Félix-de-Kingsey

Collège milieu scolaire
Madame Maria Lavoie
École primaire anglophone de la Mauricie

Collège population anglophone
Madame Carol Chiasson
Cap-de-la-Madeleine

Madame Charlotte Dousett
Trois-Rivières

Monsieur Jay Grivell
Shawinigan

Madame Donna O'Connor
Inverness

Résultats atteints

Le comité n'a tenu aucune rencontre en 2005-2006. Le mandat des membres du comité étant de trois ans, il venait à échéance le 30 septembre 2005. Le processus d'appel de candidatures s'est tenu durant les mois de mai et juin, et les membres furent nommés en octobre 2005. Le Cadre de référence pour la révision du programme d'accès, attendu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'automne 2005, n'ayant pas été déposé, le processus de révision du programme et de consultation du comité a dû être reporté.

2.13 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Mandat

Le Département régional de médecine générale (DRMG), qui regroupe l'ensemble des médecins omnipraticiens de la région Mauricie et du Centre-du-Québec, exerce ses responsabilités sous l'autorité de la présidente-directrice générale de l'Agence. Le comité de direction est composé d'un représentant de la Table médicale territoriale (TMT) de chacun de nos réseaux locaux de services. Le comité de direction s'est réuni à dix reprises durant l'année.

Liste des membres

Dr Réjean Duplain, Trois-Rivières

Dr Benoît Gervais, Drummondville

Dr Guy Gingras, Haut-St-Maurice

Dr Guy Grenier, Maskinongé

Dr Jocelyn Hébert, de l'Énergie

Dre Christine Jacques, Vallée-de-la-Batiscan

Dr Sylvain Labbé, d'Arthabaska-Érable

Dr Pierre Martin, Bécancour–Nicolet-Yamaska

Résulats atteints

Encore cette année, le DRMG a travaillé activement à l'amélioration du Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique (PREMO) pour contrer la pénurie importante dans notre région. Il a aussi obtenu l'octroi de forfaits d'accessibilité pour favoriser l'installation de nouveaux médecins dans notre région et a facilité l'accès à des lettres d'ententes particulières. Le DRMG a aussi poursuivi sa gestion rigoureuse dans l'octroi des activités médicales particulières (AMP) pour une application la plus équitable possible entre médecins. À ce titre, le DRMG a obtenu des

dérogations du ministre pour octroyer des AMP dans certains secteurs du territoire afin d'assurer l'accessibilité aux services pour la population.

Il a aussi entériné les offres de service de groupes de médecine de famille (GMF). Le DRMG va poursuivre ses travaux reliés à l'organisation des services médicaux en supportant les TMT dans l'élaboration des projets cliniques que doit se donner chaque CSSS.

2.14 MESURES D'URGENCE

Dans le secteur des mesures d'urgence, l'année 2005-2006 a été marquée par le contexte afférent à l'éventualité d'une pandémie d'influenza. Les appréhensions à cet égard ont incité les autorités à développer des plans de lutte à une pandémie d'influenza. Les travaux régionaux réalisés en vue de produire dans un premier temps un canevas de plan régional de lutte à une pandémie d'influenza dans le cadre d'un mandat spécifique du Ministère ont contribué à consolider notre Plan régional de mesures d'urgence adopté en 2002.

En outre, ces travaux ont permis de mobiliser et de sensibiliser l'ensemble des acteurs et partenaires sur le phénomène appréhendé et sur l'importance de se doter de plan d'action nous permettant d'y faire face. À cet égard, l'Agence a aussi réalisé des activités de soutien aux établissements leur permettant d'amorcer l'élaboration des plans locaux de lutte à une pandémie d'influenza.

Par ailleurs, le dossier de la planification en cas d'urgence à la centrale nucléaire de Gentilly-2 a donné lieu encore cette année à plusieurs activités visant à compléter la formation des différents intervenants, et de compléter l'évaluation de la campagne d'information à la population réalisée en 2003 dans la perspective de réalisation de la campagne qui se tiendra en 2007 dans le cadre du renouvellement des comprimés d'iode.

CHAPITRE 3 LES ACTIVITÉS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DES ÉTABLISSEMENTS

L'exercice terminé le 31 mars 2006 est caractérisé notamment par l'adoption, le 15 décembre 2005, de la *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées en Mauricie et au Centre-du-Québec–Offrir la bonne recette.* Ce document d'orientations constitue une assise importante à la réponse au phénomène et enjeux afférents au vieillissement de la population.

La mise sur pied du Centre de communication santé (CCS) suite à la décision du ministre de la Santé et des Services sociaux constitue une réalisation significative et déterminante à l'amélioration des services préhospitaliers d'urgence.

Comme nous l'avons évoqué plus tôt, la démarche visant l'élaboration des plans régional et locaux de lutte à une pandémie d'influenza – mission santé, s'est avérée une opportunité de consolidation de notre plan régional de mesures d'urgence.

Depuis le début de l'exercice, la centrale régionale Info-Santé, opérée par le CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska, dessert l'entièreté de la région sur une base 24/7. La régionalisation de la réponse Info-Santé s'est réalisée dans une dynamique offrant aux établissements des occasions de réallocation de ressources dans un souci d'efficience et d'efficacité.

Un plan directeur de développement des technologies de l'information a été adopté à l'automne 2005. Une vaste démarche permettant aux établissements de la région de se doter d'un système administratif commun (comptabilité, paie, approvisionnements et ressources humaines), une première dans le réseau au Québec, a été réalisée et devrait se concrétiser progressivement au cours des cinq prochaines années.

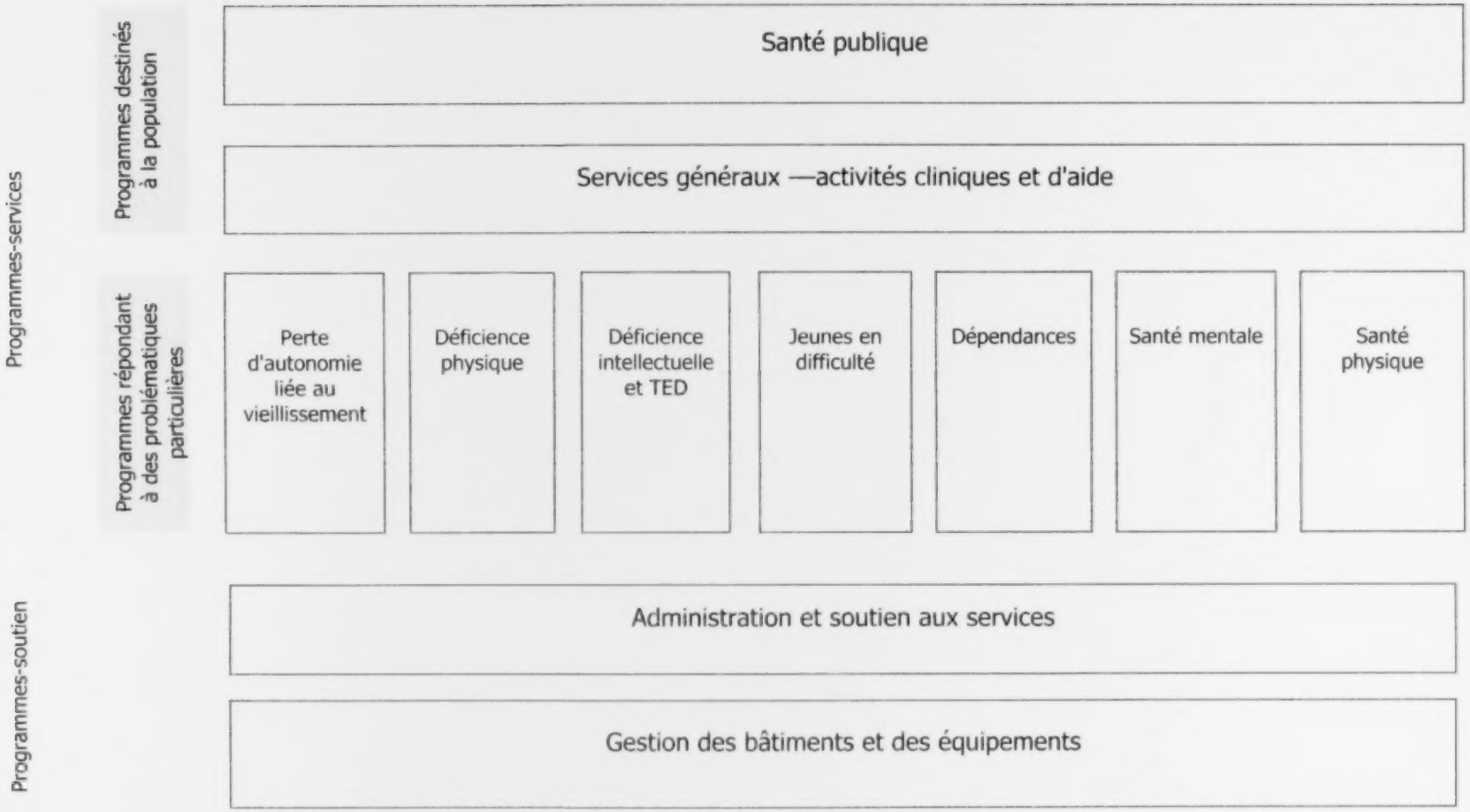
L'exercice 2005-2006 marque le lancement de l'Unité de médecine familiale (UMF) dans le cadre du projet universitaire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Les médecins pionniers de la nouvelle Unité de médecine familiale de Trois-Rivières

Finalement, Trois-Rivières a été l'hôte de la première Journée régionale annuelle de santé publique tenue sous le thème du *Développement social pour des communautés en santé*. Lors de cette première édition régionale, experts et intervenants étaient réunis pour permettre aux participants d'acquérir de nouvelles connaissances et de reconnaître la valeur du développement social dans les cinq cibles prioritaires des plans d'action de santé publique. Les intervenants et les gestionnaires du réseau, de même que les partenaires intersectoriels et du milieu communautaire étaient invités à découvrir des avenues émergentes du développement social pouvant augmenter l'efficacité des interventions en santé publique.

Ils ont participé à la première Journée annuelle régionale de santé publique : Dr Jean Rochon, Cécile Thériault, Yanick Villedieu, Dr André Dontigny, Louis Favreau, Marie Ouellon et France Fradette.

CONFIGURATION DES PROGRAMMES



Note au lecteur

Le présent rapport est réalisé dans une perspective de reddition de comptes et comporte des fiches spécialement prescrites à cet effet. De plus, la structure du rapport suit la nomenclature des programmes-services et programmes-soutien telle que décrite dans le tableau ci-haut.

3.1 PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE

3.1.1 Maladies infectieuses

La Direction de santé publique (DSP) souhaite que les CSSS rejoignent davantage les clientèles vulnérables au regard des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) par le développement des services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEP) dans les milieux où se retrouvent la clientèle. La DSP souhaite aussi que les CSSS poursuivent leurs efforts pour joindre les partenaires des personnes atteintes d'infection génitale à chlamydia trachomatis afin qu'ils reçoivent les soins requis. Ces interventions permettront de diminuer la transmission de cette infection qui est à la hausse dans notre région. La DSP a apporté tout le soutien nécessaire aux CSSS dans l'implantation de ces services.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisé par les SIDEP auprès de l'ensemble de la clientèle	4 223	4 223	15 672
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	283	283	1 566
Volume de vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle du SIDEP	1 086	1 086	1 871
Volume de vaccinations des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	339	339	646

Commentaires

La mise en place d'une procédure standardisée de saisie des informations dans le système I-CLSC pour l'année 2005-2006 explique en bonne partie les variations importantes observées entre les cibles et les résultats. Il est possible que certains ajustements se poursuivent en 2006-2007.

Par ailleurs, au regard des volumes de vaccinations, il faut retenir qu'une personne ne peut recevoir un vaccin complet qu'une seule fois. C'est le cas pour la clientèle déjà vaccinée dans les années antérieures soit par ce programme, soit par le calendrier habituel de vaccination pour les personnes ayant 21 ans et moins.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.1.2 Infections nosocomiales

La Table régionale de prévention des infections nosocomiales a tenu trois réunions au cours de cette année. La composition de la Table a été modifiée afin de permettre à chaque CSSS et aux directeurs des services professionnels d'y être représentés. La Table a adopté et diffusé les protocoles régionaux de prévention et de contrôle du Clostridium difficile pour tous les types

d'établissement (CH, CHSLD, CR) et élaboré quelques outils de communication répondant aux besoins exprimés par les membres de la Table. La Table a aussi priorisé la formation des infirmières en prévention. L'équipe de l'Agence a rendu visite à un établissement vivant des difficultés particulières avec le Clostridium. À la suite de cette visite, des recommandations lui ont été transmises.

Par ailleurs, la DSP a pu constater une nette diminution des taux d'incidence régionale du Clostridium difficile par le biais de la surveillance qu'elle exerce de façon continue. En effet, une baisse moyenne de 48 % a été observée pour des périodes comparables (6 à 9) dans la dernière année.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Prévention des infections nosocomiales**
Objectifs de résultats 2005-2010	Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre hospitalier courte durée - 1 ETP pour 133 lits de courte durée	5	5 sur 5	2 sur 5
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre d'hébergement et de soins de longue durée - 1 ETP pour 250 lits de longue durée	ND	10 sur 10	4 sur 9

Commentaires

Note : Un établissement privé conventionné en soins de longue durée avec un faible nombre de lits a été soustrait de l'atteinte de la cible.

Les résultats incluent les postes vacants ou à combler au 31 mars 2006. De plus, trois autres établissements se situent très près du ratio requis, entre 0,83 et 0,96 équivalent temps plein, dont un établissement en courte durée et deux en soins de longue durée.

La pénurie d'infirmières et, particulièrement lorsque des compétences spécifiques sont nécessaires, rend le recrutement plus difficile, ce qui explique qu'il y ait des postes vacants et que les ratios ne soient pas tous atteints.

Par ailleurs, certains établissements ont mentionné une surestimation des lits servant au calcul de l'indicateur. En effet, selon la norme concernant le nombre d'équivalent à temps plein en prévention des infections, les lits de psychiatrie devraient être extraits du calcul du ratio des lits de courte durée. Sans toutefois atteindre le ratio exigé, les deux autres établissements de soins de courte durée s'en rapprochent davantage.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.1.3 Tabagisme

À chapitre de la lutte au tabagisme, l'Agence a poursuivi des actions auprès des jeunes, la formation des intervenants, la promotion des centres d'abandon du tabagisme et le soutien au programme de promotion de saines habitudes de vie.

En ce qui concerne les actions éducatives auprès des jeunes, le moyen retenu a été le soutien à la présentation du spectacle rock alternatif *In Vivo* dans quatre écoles secondaires.

Une rencontre de formation sur l'approche d'abandon du tabagisme auprès de la clientèle ayant une problématique de santé mentale a été réalisée pour les intervenants. Par ailleurs, les professionnels de la région, médecins, dentistes et pharmaciens, ont reçu du matériel pour faire la promotion des centres d'abandon du tabagisme. De plus, l'Agence a soutenu activement, au niveau régional, la 7e édition de la campagne *Défi J'arrête, j'y gagne !*

En lien avec l'objectif de la promotion d'environnements sains et sécuritaires, l'Agence a soutenu la campagne *Roulez sans fumée* et le concours *Famille sans fumée* visant la protection contre la fumée secondaire du tabac dans les véhicules privés et dans les résidences. De plus, elle a fait la promotion de la mesure *terrains d'école sans tabac* et *Loi sur le tabac* auprès des directeurs généraux de commissions scolaires et auprès des porteurs de ces dossiers dans les CSSS.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Prévention – tabagisme**
Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	430	630	701

Commentaires

En Mauricie et au Centre-du-Québec, la promotion des services des centres d'abandon du tabagisme, la mise en oeuvre des interventions de courte durée du programme 0.5.30 Combinaison prévention et l'approche de la date de la mise en application des amendements à la Loi sur le tabac (31 mai 2006) donnent des résultats encourageants.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.1.4 Prévention des maladies c[illegible]oniques

Au chapitre de la prévention des maladies chroniques, avec à l'esprit l'objectif de la réduction de la mortalité évitable et de la promotion de saines habitudes de vie, l'Agence a procédé au lancement régional du Programme 0.5.30 (zéro tabac, 5 portions de fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour). Elle a soutenu les porteurs de ce dossier dans les CSSS et a incité les professionnels de la santé à intégrer ces messages dans leur pratique.

3.1.5 Surveillance/évaluation

Dans le cadre de la **surveillance**, un objectif prioritaire pour l'année était de fournir des données de base en surveillance pour la mise sur pied des projets cliniques. En complément aux analyses déjà fournies, un travail d'analyse générale de la mortalité a été mené par territoire de RLS. Aussi, un cahier statistique portant sur le recensement par territoire de RLS a également été publié.

En plus de la mortalité, diverses analyses de surveillance concernant la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été publiées. Elles touchent principalement les blessures, l'embonpoint, les tumeurs, l'espérance de vie, la fécondité, les effectifs de population, les bénéficiaires de l'assistance-emploi et les anomalies congénitales.

L'équipe a également collaboré à l'élaboration d'un portrait socio-économique des familles de la ville de Drummondville et aussi à différents dossiers provinciaux. Ainsi, dans le cadre d'une entente entre la Direction générale de la santé publique du MSSS et la Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, un mandat a été confié à une ressource de l'équipe surveillance pour identifier des indicateurs de potentiel de développement des collectivités locales.

Finalement, 59 demandes de données statistiques de surveillance ont été traitées. Elles touchaient, entre autres, la démographie du territoire, le portrait de santé, les habitudes de vie et la défavorisation. Ces demandes provenaient de divers organismes, ministères, collèges, universités, médias et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Dans le but de mieux répondre à cette clientèle, un onglet statistique a été créé sur le site Internet de l'Agence et maintient en moyenne plus de 300 visites par mois depuis sa création.

En ce qui a trait à **l'évaluation**, dans le cadre du projet pilote national *Ensemble pour les enfants* qui se déroule en région dans les quartiers Christ-Roi et St-Marc à Shawinigan, l'évaluation du cadre théorique, des intrants au projet et de l'état d'implantation a été réalisée et diffusée. Ceci correspond aux productions projetées pour 2005-2006.

À la suite de l'enquête, les résultats préliminaires sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle de la clientèle ont été diffusés à l'ensemble des établissements du réseau par le biais d'une série de rencontres avec les intervenants et les gestionnaires des différentes missions concernées.

Enfin, l'équipe a participé à l'évaluation du Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile.

3.1.6 Développement des enfants et des jeunes

La petite enfance (0-5 ans)

Périnatalité et petite enfance : la région a atteint avec succès les engagements de l'offre de service 2004-2005

La cible visant l'établissement du réseau *Amis des bébés*, en promotion de l'allaitement, implique pour les établissements de respecter plusieurs conditions afin d'obtenir l'accréditation s'y rattachant. Dans cette perspective, en 2005-2006, 600 intervenantes travaillant en périnatalité ont reçu de la formation de deux spécialistes en lactation. Différents outils ont été élaborés pour soutenir les CSSS dans leurs démarches dont un CD-ROM de présentation de l'*Initiative Amis des bébés* (IAB) et des grilles de compilation des statistiques IAB.

Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) ont compté plus de 1 300 femmes enceintes ou mères au cours de l'année dans le programme, dont environ 40 % dans le volet *Soutien aux jeunes*

parents. D'ailleurs, une formation sur la réalité des jeunes parents a été donnée aux intervenantes et a rejoint près de 135 personnes travaillant dans les CSSS et une soixantaine des autres organismes partenaires. Parmi toutes les clientes des SIPPE, 40 % sont des femmes qui ont accouché au cours de l'année 2005-2006. Au suivi individuel de ces familles s'ajoutent des activités de groupe et des actions intersectorielles pour l'amélioration des conditions de vie des familles. La région a ainsi atteint avec succès les engagements de l'offre de service 2004-2005.

L'enfance et la jeunesse

Un comité tactique conformément issu de l'entente de collaboration entre le MSSS et le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) coordonne le déploiement de l'approche *École en santé*. Près de 70 intervenants des réseaux de la santé et de l'éducation ont participé aux ateliers d'appropriation de l'approche *École en santé*. Les CSSS, conjointement avec les commissions scolaires de leur territoire, ont déposé leur premier plan de déploiement local qui identifie les stratégies de développement pour la prochaine année.

Près de 70 intervenants des réseaux de la santé et de l'éducation ont participé aux ateliers d'appropriation de l'approche École en santé.

En collaboration avec plusieurs partenaires régionaux, un répertoire de ressources favorisant les saines habitudes de vie (activités physiques, tabac, nutrition) a été conçu et acheminé au milieu scolaire. Dans le cadre du concours *cours d'école active*, 47 projets ont été acceptés ciblant les environnements favorables aux saines habitudes de vie. Plus particulièrement, en prévention du tabagisme, 17 gangs allumées sont actives et dynamiques.

En planification des naissances, une formation sur la surenchère et la banalisation de la sexualité/intervention auprès des garçons a rejoint une centaine d'intervenants provenant de différents milieux (CSSS, milieu scolaire et organismes communautaires).

Fiche de reddition de comptes	
Axe:	**Promotion et prévention – jeunes et familles**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant de rejoindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Proportion de femmes de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet Programme de Soutien aux jeunes parents	87,4 %	84 %	62,3 %

Commentaires

Ces données devraient être prises à titre indicatif uniquement. Certaines mises en garde sont à considérer. D'abord, la clientèle mesurée concerne les femmes suivies et ayant accouché durant l'année 2005-2006 et non l'ensemble de la clientèle desservie dans le cadre de ces services. Ainsi, certaines mères peuvent recevoir des services sur plusieurs années et ne sont pas compilées si aucun nouvel accouchement n'est survenu durant l'année financière.

Dans le calcul même de l'indicateur, le dénominateur porte sur les naissances à une période différente (2002) des données compilées au numérateur (2005-2006). Ainsi, certains territoires n'ayant pas atteint les cibles nous informe que toutes les mères ayant accouché en 2005-2006 ont été rejointes dans le cadre de ces services. Par ailleurs, ce dénominateur inclut les naissances chez les mères autochtones résidant sur les réserves, lesquelles ne sont pas inscrites à ce service en CSSS.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.2 PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

3.2.1 Services préhospitaliers d'urgence

- Le programme d'assurance qualité sur le Combitude-moniteur défibrillateur semi-automatique (C-MDSA) permet une rétroaction à l'intérieur d'un mois de l'événement, contrairement à l'an passé où elle était de plus de trois mois. Également, l'Agence a lancé un projet pilote permettant aux techniciens ambulanciers réviseurs de faire la révision des cas à distance. Cette façon de faire vaut également pour les médecins réviseurs.

- En 2005-2006, 4 831 cas ont été révisés, incluant 4 421 cas d'administration de médicaments et 410 cas de réanimation dont 19 cas de retour de pouls, pour un taux de réussite de 4,63 % comparativement à 4,32 % l'an dernier.

- 27 techniciens ambulanciers ont terminé leur formation pour administrer l'aspirine et la nitroglycérine, 267 techniciens ambulanciers ont reçu la formation pour le glucagon et la cessation des manœuvres et 351 techniciens ambulanciers ont participé à des mises à jour périodiques.

- Recertification de 118 premiers répondants et 27 nouvelles certifications de premiers répondants opérant dans 27 municipalités différentes. Une nouvelle municipalité a été accréditée en 2005-2006.

- Mise en place du Conseil d'administration du Centre de communication santé (CCS), tel que prévu dans Loi des services préhospitaliers d'urgence.

- Implantation du nouveau logiciel de cartographie au Centre de communication santé permettant d'affecter le véhicule le plus près et ainsi, améliorer les délais d'intervention. Au cours de l'année 2005-2006, le CCS a traité plus de 55 000 appels provenant de la population et des établissements, ce qui représente une augmentation de 20 % par rapport à l'année précédente.

- Mise en place du déploiement dynamique des véhicules ambulanciers dans la ville de Trois-Rivières depuis novembre 2005. Avec quatre points d'attente, ce déploiement a permis de diminuer les délais d'intervention d'environ une minute et demi pour les cas d'urgence vitale.

3.2.2 Affaires médicales et universitaires

Main-d'œuvre médicale

À la suite de différentes représentations faites par l'Agence, le DRMG et la CMR, le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) reconnaissent toujours la région Mauricie et Centre-du-Québec comme ayant la plus forte pénurie d'effectifs avec un taux d'atteinte des besoins de 77 % seulement. En 2005, 19 nouveaux médecins sur les 30 autorisés par le ministre sont arrivés dans la région. Le ministre a autorisé 23 autres nouveaux médecins pour l'année 2006. Toutefois, le DRMG a décidé d'autoriser, dans une application rigoureuse des règles de gestion, 28 nouveaux médecins qui débuteront en 2006. Malgré l'arrivée de ces nouveaux médecins, la région ne réussit pas à combler l'écart pour ses besoins reconnus de 517 médecins omnipraticiens. Le DRMG va continuer ses représentations auprès de la FMOQ et du MSSS pour modifier la méthodologie de répartition des nouveaux médecins de manière à favoriser notre région.

Le Dr Benoît Gervais, à gauche, a succédé à Dr Réjean Duplain au poste de chef du Département régional de médecine générale (DRMG).

Dans le dossier des effectifs médicaux spécialisés, la CMR, via le Forum des spécialistes, a analysé la proposition du MSSS et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) en regard des besoins d'effectifs médicaux pour la région et a proposé certaines modifications. Le ministre a approuvé pour l'année 2006 un plan régional d'effectifs médicaux en spécialité (PREMS) représentant l'autorisation de recruter 53 nouveaux médecins.

Recrutement de médecins étrangers

Au 31 mars 2006, quatre médecins étrangers ont commencé leur pratique dans notre région, soit deux omnipraticiens - un à Shawinigan et un à Saint-Tite - et deux spécialistes à La Tuque. Actuellement, trois spécialistes et un omnipraticien sont en stage d'évaluation et devraient commencer leur pratique d'ici l'automne 2006, alors que 18 autres médecins étrangers

parrainés par nos établissements sont toujours en démarche d'examen avec le Collège des médecins du Québec.

Forfaits d'accessibilité

L'Agence a obtenu trois nouveaux forfaits d'accessibilité de 20 000 $ pour favoriser l'installation de médecins dans la région. Ces forfaits s'ajoutent aux six autres déjà acquis depuis 2004 pour favoriser l'installation de médecins de famille en milieu rural.

Formation médicale décentralisée

En 2005, les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont connu une augmentation très appréciable du nombre de résidents et d'étudiants en externe dans le cadre de la formation médicale décentralisée. Un budget de 507 811 $ a été autorisé par le MSSS pour supporter les établissements comparativement à 303 411 $ en 2005.

L'implantation du Centre de formation médicale de l'Université de Montréal en Mauricie s'est poursuivie avec l'entrée de 24 nouveaux étudiants en année préparatoire en septembre 2005 à l'UQTR qui s'ajoutent aux 32 étudiants de la 1re année. Six résidents ont entrepris leur première année de formation à l'UMF de Trois-Rivières en juillet 2005 et six autres débuteront en juillet 2006.

L'implantation du Centre de formation médicale de l'Université de Montréal en Mauricie s'est poursuivie avec l'entrée de 24 nouveaux étudiants en année préparatoire en septembre 2005 à l'UQTR qui s'ajoutent aux 32 étudiants de la 1re année.

Groupe de médecine de famille (GMF)

Au 31 mars 2006, quatre nouveaux GMF ont été accrédités par le ministre de la Santé et des Services sociaux, ce qui a porté à 15 le nombre de GMF en Mauricie et Centre-du-Québec réparti comme suit :

- 4 en Mauricie ;
- 11 au Centre-du-Québec.

L'ensemble de ces GMF accrédités comprend 138 médecins et 30 infirmières équivalent temps complet. Au 31 mars 2006, environ 113 068 personnes étaient inscrites.

En janvier 2006, les quatre premiers GMF de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont obtenu le renouvellement de leur accréditation pour une durée de trois ans chacun. Ce sont les GMF Bois-Francs 1, Bois-Francs 2, Bois-Francs 3 ainsi que le GMF Saint-Léonard.

3.2.3 Info-Santé

L'objectif était de garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-santé 24/7, dans un délai de moins de quatre minutes.

Fiche de reddition de comptes	
Axe:	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-Santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Taux d'utilisation du service Info-Santé	388 pour 1 000	390 pour 1000	283 pour 1 000

Commentaires

Le taux d'utilisation est calculé en fonction du nombre d'appels effectivement répondus par les infirmières d'Info-Santé et le taux présenté constitue une donnée annuelle fournie par le service régional. Ce taux dépend d'une part de l'achalandage que provoque la population et, d'autre part, de la rapidité d'accès à une réponse par une infirmière. Plus l'accès est difficile et prend du temps, plus il y a des pertes d'appels de citoyens qui raccrochent.

En 2005-2006, le service Info-Santé a été régionalisé regroupant ainsi la réponse à tous les appels Info-Santé en un même lieu. Cependant, malgré toutes les mesures prises pour maintenir la performance de ce service, le taux d'utilisation sur l'année a accusé une diminution et la cible n'a pu être atteinte.

Cette diminution, très marquée au premier trimestre de l'année, est particulièrement attribuable à la présence d'un nombre insuffisant d'infirmière. Ce phénomène est associé au délai qui a été nécessaire pour procéder au recrutement d'un nombre important de ressources infirmières permettant de combler l'ensemble des plages horaires de même qu'à leur formation pour une réponse de qualité.

Bien que la proportion d'appels répondus par l'infirmière Info-Santé ne soit pas encore suffisamment élevée, la performance du service régional s'est améliorée dans les dernières périodes de l'année 2005-2006 et ce, particulièrement sur le délai moyen d'attente avant de parler à l'infirmière, sur la proportion d'appels répondus en 4 minutes et moins ainsi que sur la durée de conversation avec elle lors de l'appel. Ces améliorations devraient faire augmenter le taux d'utilisation du service régional Info-Santé.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.2.4 Services psychosociaux

Bilan agression sexuelle

2005-2006 est l'année de la consolidation des services médicosociaux en centre désigné. Les cinq établissements mandatés ont donné des services à soixante-deux victimes.

Un projet pilote sur la prévention concernant les drogues du viol s'est déroulé en juin auprès de la clientèle des finissants du secondaire, des territoires de l'Érable et du Centre-de-la-Mauricie. Cette intervention a été possible grâce à la participation de la Sûreté du Québec et des CALACS l'Aqua-r-elle et du Centre-de-la-Mauricie/Mékinac.

Une vaste campagne de promotion des services pour les victimes d'agression sexuelle a eu lieu en mai 2005. Des messages télé et radio ont été diffusés dans la région.

Dans les pharmacies, quatre fiches sur l'intervention auprès des diverses clientèle ont été distribuées : personnes déficientes, hommes, enfants, adultes. Ce projet a été mené en partenariat avec le Centre jeunesse, le Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI), les CALACS et les CAVAC.

Bilan violence conjugale

Une grande primeur théâtrale sur la violence dans les relations amoureuses a été conçue cette année. Cette initiative régionale a rapidement créé l'unanimité auprès des partenaires et des intervenants qui travaillent en prévention de la violence dans les relations amoureuses auprès de la clientèle scolaire.

Ce projet de création théâtrale poursuit les objectifs du *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale,* lancé en décembre dernier par le gouvernement du Québec. C'est dans la perspective de répondre aux engagements du plan d'action « d'inclure des activités de prévention de la violence conjugale dans le cadre des services globaux et intégrés de promotion et de prévention en milieu scolaire » que l'Agence, en partenariat avec le MELS et le MSSS, s'est associée avec le Théâtre Parminou pour créer une pièce de théâtre originale et adaptée à la clientèle des niveaux de secondaire 2 et 3.

La pièce de théâtre *La petite voix* a rejoint près de trente écoles secondaires de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Une première provinciale en novembre dernier a rejoint les différents partenaires de ce projet.

Les comédiens de la pièce de théâtre « La petite voix ».

Près de 150 personnes des CSSS ont reçu la formation sur l'identification précoce de la violence conjugale par une équipe régionale de formatrices.

Deux rencontres régionales ont eu lieu avec les intervenantes désignées des CSSS dont une avec les maisons d'hébergement de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Fiche de reddition de comptes	
Axe:	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4 823	4 899	4 753
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,6	3,9	3,5

Commentaires

Les informations inscrites au centre d'activités « psychologie » (code 6564) non compilées par l'indicateur ont été ajoutées aux résultats Par ailleurs, l'harmonisation des pratiques de saisie des données I-CLSC par les professionnels dans le système d'information I-CLSC a entraîné des corrections et des transferts d'usagers vers d'autres programmes services dont celui de la santé mentale. De telles corrections ont été faites dans deux établissements de la région dont un important.

En outre, certains territoires ont procédé à une réorganisation des services, tant structurelle que dans l'approche utilisée, accompagnée de plusieurs séances de formation du personnel. De plus, des difficultés de remplacement sont toujours présentes dans certains CSSS. Ce sont là deux motifs ayant provoqué une baisse temporaire de l'accessibilité des professionnels dans certains CSSS.

Enfin, constatons que si le nombre de personnes rejointes a diminué depuis 2004-2005, le nombre moyen d'interventions par usager a augmenté et, qu'au total, le nombre total d'interventions réalisées est aussi à la hausse (nombre d'usagers x nombre moyen d'interventions par usager).

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.3 PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Dans le cadre de ce programme, beaucoup d'énergies en 2005-2006 ont été consacrées à la production du plan d'action vieillissement 2005-2010 demandé par le MSSS. Cet objectif a été atteint puisque le conseil d'administration de l'Agence en a fait l'adoption en décembre 2005. Il s'agit du document intitulé *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées en Mauricie et au Centre-du-Québec.*

Ce plan d'action s'appuie sur une large consultation des différents acteurs concernés. Des proches aidants de tous les territoires ont été rejoints, par la tenue de sept groupes de discussion, ce qui nous a éclairés sur leurs besoins et sur des mesures concrètes de soutien et de reconnaissance.

Ce document présente neuf défis et les stratégies qui y sont associées. Il constitue les orientations régionales pour les cinq prochaines années et un intrant majeur dans la planification de la mise en œuvre locale par les CSSS.

De plus, les activités suivantes ont été réalisées :

- le bilan annuel du plan d'amélioration 2004-2007 portant sur l'amélioration des pratiques en soutien à domicile ;

- le soutien à l'implantation des projets novateurs à l'hébergement ;
- le suivi des visites d'appréciation en CHSLD au 31 mars dernier, qui témoigne de l'engagement du réseau dans l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

À la coordination régionale aux mécanismes d'accès, les délais moyens d'attente en hébergement sont de 22,5 jours. Ces délais varient selon la ressource concernée, soit 18 jours pour CHSLD, 48 jours pour une résidence intermédiaire (RI) et 9 jours pour une résidence d'accueil (RA).

Enfin, un soutien a été apporté au programme de formation de l'outil d'évaluation multi-clientèle (OÉMC) et à l'implantation de l'approche « milieu de vie de qualité » en CHSLD.

Les principales activités énoncées reflètent les priorités 2005-2006 et plus particulièrement celles reliées aux cibles de gestion au soutien à domicile et à l'hébergement.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Services dans la communauté – personnes âgées en perte d'autonomie**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	11 809	12 370	11 068
Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	20,1	22,0	22,7

Commentaires

En 2004-2005 débutait dans les CSSS de la région une modification de la saisie des données dans I-CLSC afin de la rendre conforme au *Guide d'harmonisation des pratiques*. Au niveau des résultats, l'année 2005-2006 subit encore les contrecoups de cette modification rendant la comparaison impossible entre les résultats et les cibles 2005-2006. Or, des analyses complémentaires menées par l'Agence indiquent que (a) cette diminution est associée au transfert d'usagers vers d'autres programmes-services et que (b) globalement, tous programmes-services confondus, le nombre de personnes recevant des services à domicile a augmenté dans la région. Il en est de même de l'intensité des services.

Ainsi, si la modification n'avait pas eu lieu au niveau de la saisie de données dans I-CLSC, on estime sommairement que le résultat de la région en 2005-2006 aurait été de 12 478 usagers différents et que, par conséquent, notre engagement 2005-2006 aurait été dépassé.

Par surcroît, il convient d'insister sur le fait que les indicateurs utilisés dans le cadre des services de soutien à domicile ne mesurent que l'action du personnel des CSSS. Sont exclus les services de soutien à domicile qui revêtent d'autres formes, tels les services d'aide domestique dispensés par des entreprises d'économie sociale ou à l'aide du chèque emploi-service. Le fait d'exclure la production de ces autres modes de prestation de services entraîne une sous-estimation de l'intensité des services à domicile offerts aux usagers de notre région. Basée sur une estimation conservatrice intégrant l'ensemble des modes de prestation de services, une personne en perte d'autonomie en Mauricie et au Centre-du-Québec reçoit en moyenne 25,7 interventions par année, ce qui place la région au-delà de son engagement 2005-2006 et au-delà de la cible 2010. De plus, signalons que le nombre total d'heures allouées aux personnes par d'autres modes de prestation de services que le soutien à domicile des CSSS est passé de 98 398 heures en 2004-2005 à 122 959 heures en 2005-2006, une augmentation de 25 %.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
Axe:	**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2,94	2,95	2,97
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,26	0,26	0,25

Commentaires

Au niveau des heures travaillées en services professionnels dans les établissements de soins de longue durée, le résultat est légèrement inférieur à la cible. Cependant, ce résultat dépasse la cible 2010 du MSSS. Par ailleurs, certains territoires connaissent une difficulté de recrutement de ressources professionnelles plus spécialisées.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.4 PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE

Des services spécialisés de réadaptation en déficience motrice, auditive, visuelle, de la parole et du langage sont offerts dans la région. Les objectifs signifiés concernaient la pénétration des services et la réduction des listes d'attente. En 2005-2006, la reddition de comptes démontre que le Centre de réadaptation InterVal a desservi au total 3 825 personnes alors que l'engagement cumulatif était de 3 526. Il s'agit d'une augmentation de 398 personnes comparativement à l'année précédente soit une augmentation de 11 %. Les listes d'attente pour les services spécialisés ont diminué de 134 personnes pendant cette période.

De façon spécifique, 2 273 personnes ayant une déficience motrice ont reçu des services spécialisés alors que le seuil visé était de 1 802. En déficience du langage, 440 jeunes ont reçu des services et le seuil fixé était de 450. En déficience auditive et en déficience visuelle, les seuils déterminés n'ont pu être atteints. Le Centre a desservi 390 personnes en déficience auditive alors que le seuil était de 415 et 722 personnes en déficience visuelle alors que le seuil était établi à 755 personnes. Il s'avère que la disponibilité de professionnels dans certaines disciplines (orthophonie, spécialiste en basse vision) fait défaut dans la région et fragilise la capacité à atteindre les seuils établis.

Signalons la désignation de notre région en février 2006, notamment par la participation du Centre de réadaptation InterVal au sein du Consortium interrégional de soins et de services de l'Ouest du Québec pour les enfants et les adolescents ayant subi un traumatisme cranio-cérébral. Du côté des adultes présentant des séquelles importantes d'un traumatisme cranio-cérébral, les travaux menés pour la mise en place d'une ressource d'hébergement spécifique se sont poursuivis tout au long de cette année. Une subvention du MSSS a été obtenue pour ce projet.

La disponibilité des services spécifiques de soutien à domicile de première ligne permet de maintenir les personnes dans leur milieu de vie et de soutenir leur famille. Les objectifs signifiés concernaient la pénétration et l'intensité des services de soutien. Plus de 3 300 personnes ayant une déficience physique ont reçu des services de soutien à domicile de leur CSSS alors que le seuil estimé était de 3 120 personnes. L'intensité visée était de 14 interventions par personne et le résultat obtenu a été de 17,2 interventions par personne. Une allocation directe de répit a été allouée à 729 familles et le seuil était de 698. L'atteinte des cibles 2010 paraît donc être en bonne voie de réalisation sinon accomplie comme c'est le cas pour le soutien à la famille.

Soutien à domicile : l'intensité visée était de 14 interventions par personne et le résultat obtenu a été de 17,2 interventions par personne. Une allocation directe de répit a été allouée à 729 familles et le seuil était de 698.

Finalement, pour soutenir la mise en place des réseaux locaux de services et les ententes de collaboration interétablissements, les balises de la hiérarchisation des services en déficience physique ont été produites par un groupe de travail régional et soumises pour acceptation en juin 2005.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Soutien à domicile – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	4 230	4 230	3 302
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	12,7	14,0	17,2

Commentaires

L'année 2005-2006 a donné lieu à une modification importante dans la saisie des profils d'intervention des usagers dans I-CLSC rendant la comparaison impossible entre les résultats et les cibles. Conformément au *Guide d'harmonisation des pratiques*, les usagers avec une maladie obstructive chronique ont, entre autres, été transférés au programme Santé physique.

Une analyse sommaire des données fournies par les établissements de la région permet d'estimer, de façon conservatrice, à près de 20 % la perte de sujets due à ce transfert au niveau régional. Or, les résultats 2005-2006 de l'indicateur sur le taux de pénétration de la clientèle tendent à confirmer cette proportion. Ainsi, malgré la diminution marquée enregistrée (de 4 230 en 2004-2005 à 3 302 en 2005-2006), la Mauricie et le Centre-du-Québec demeure au-dessus du seuil de services fixé par le ministère et il est même probable que le taux de pénétration se soit au moins maintenu. En effet, sans correction, il est permis d'estimer que le nombre d'usagers différents serait de 4 234 pour 2005-2006.

Au regard de l'intensité de services, les indicateurs utilisés dans le cadre des services de soutien à domicile ne mesurent que le nombre de personnes rejointes à domicile par le personnel des CSSS. Le fait d'exclure la production sous d'autres modes de prestation de services (allocations directes, entreprises d'économie sociale et d'aide domestique, Chèque-emploi service) entraîne une sous-estimation importante des services offerts dans la région. À partir des données qu'un des huit territoires a ventilé par programme, une estimation indique que pour l'ensemble des modes de prestation de services, une personne ayant une déficience physique vivant sur ce territoire peut recevoir 74 interventions à domicile en moyenne ans une année.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Soutien à domicile – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	698	698	729

Commentaires

Dans la région, le nombre de familles comptant une personne ayant une déficience physique qui reçoivent une allocation directe afin de permettre du répit-dépannage ou gardiennage est supérieur à la cible 2010 fixée par le ministère.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Services spécialisés – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies et en maintenant.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	1 886	1 906	2 273
Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	718	755	722
Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	385	415	390
Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	438	450	440

Commentaires

Plus de personnes ayant une déficience motrice ont été desservies pour des services spécialisés en 2005-2006 que le nombre visé.

Par ailleurs, bien que les résultats pour l'année 2005-2006 soient supérieurs à ceux de l'année antérieure, les cibles n'ont pas été atteintes pour les trois autres clientèles des services spécialisés. Les taux d'atteinte varient cependant de 94 % pour la cible en déficience auditive à 98 % pour la déficience de la parole et du langage. Il est toutefois à noter qu'en déficience auditive, certaines interventions sur l'entraînement à l'utilisation des aides techniques n'ont pas été compilées, sous-estimant ainsi le résultat.

La non atteinte de trois des quatre cibles 2005-2006 est en partie provoquée par la rareté de certains professionnels. Dans le contexte actuel, le recrutement de personnel spécialisé (ex. orthophoniste, spécialiste en basse vision) constitue un enjeu majeur pour le centre de réadaptation. Plusieurs actions inscrites dans une démarche continuelle de recrutement ont été réalisées afin de pallier à cette difficulté dans la prestation de services.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.5 PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED)

Les réalisations régionales 2005-2006 sont étroitement liées aux préoccupations ministérielles soient : le développement et la consolidation des services de première ligne dans les CSSS et l'accroissement de l'offre de services spécialisés au CSDI.

En effet, la mise en place des *Balises relatives à la hiérarchisation des services et au partage des responsabilités des établissements Mauricie et Centre-du-Québec* pour le programme service DI-TED (novembre 2005) a créé des circonstances nouvelles. Elle a permis aux établissements le déploiement d'une offre de service orientée vers l'atteinte des objectifs poursuivis.

De plus, l'implantation de la *Trajectoire de service pour l'évaluation diagnostique des jeunes TED (décembre 2005)* présente une opportunité de développement et de consolidation de services CSSS et CSDI. Elle favorise un accès plus rapide à l'ensemble des services disponibles pour ces jeunes et leur famille. Afin de soutenir cette démarche régionale, l'Agence a octroyé un montant non récurrent de 18 000 $ pour couvrir des frais d'activités de formation ou de perfectionnement.

Concernant les objectifs de résultats 2005-2010 :

Soutien à domicile aux personnes en DI et en TED

Les résultats régionaux de l'année 2005-2006 indiquent une légère diminution du nombre de personnes desservies depuis 2004–2005 (de 284 à 258 personnes en DI et de 42 à 34 personnes en TED) au profit d'une progression en intensité (de 2,4 à 4,8 interventions en DI et de 10,4 à 12,1 interventions en TED).

La cible 2010 est en très bonne voie de réalisation concernant le nombre d'intervention.

Soutien à domicile aux familles en DI et TED

La région a atteint une performance supérieure aux cibles 2010 en DI (622 familles) et en TED (150 familles).

Services spécialisés

Les résultats régionaux précisent que les cibles 2010 sont en bonne voie de réalisation, exception faite pour l'intensité d'intervention comportementale intensive (ICI). Tous les enfants se font offrir 20 heures semaines d'ICI, mais plusieurs contraintes se posent quant à la consommation réelle. Ces contraintes sont, d'une part, liées à l'enfant et à sa famille (maladie, vacances, horaire, sortie avec le CPE, etc.) et, d'autre part, liées au type d'intervention en ce sens qu'elle exige une grande constance de l'intervenant lequel, pour toutes sortes de motifs, peut s'absenter (formation nationale des intervenants, délais de remplacement, vacances, etc.).

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	284	324	258
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	10,4	10,4	12,1

Commentaires

Plusieurs personnes ayant une déficience intellectuelle ont la capacité de se rendre à l'établissement afin de recevoir leurs services. Les données présentées ne tiennent pas compte de ces usagers, ni des interventions qui leur ont été données. Seul les personnes recevant des services à domicile directement donnés par les CSSS sont compilées.

Par ailleurs, des services offerts par des psycho éducateurs en CSSS ne sont pas comptabilisés non plus dans ces indicateurs même si les interventions ont eu lieu au domicile de l'usager. Ainsi, les résultats mesurés sous-estiment la réalité des personnes rejointes. Si on ajoutait le travail des psycho éducateurs dans le cadre d'interventions à domicile, on dénombrerait 772 personnes avec déficience intellectuelle recevant ce type de services à domicile pour 6,2 interventions. L'intensité des services diminue au profit d'un plus haut taux de pénétration. Il faut aussi tenir compte qu'en plus du domicile, les psycho éducateurs interviennent dans les autres milieux de vie soit l'école, le travail, le service de garde, etc.

Au regard de l'intensité de services, il faut toutefois noter que le fait d'exclure la production sous d'autres modes de prestation de services (allocations directes, entreprises d'économie sociale et d'aide domestique, Chèque-emploi service) entraîne une sous-estimation importante pour la région. À partir des données qu'un des huit territoires a ventilé par programme, une estimation indique que pour l'ensemble des modes de prestation de services, une personne ayant une déficience intellectuelle et/ou un trouble envahissant du développement vivant sur ce territoire peut recevoir 22 interventions à domicile en moyenne dans une année. Considérant cette information ainsi que celle concernant les psycho éducateurs, l'intensité d'interventions ciblée serait atteinte.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	622	622	622

Commentaires

Dans la région, le nombre de familles comptant une personne ayant une déficience intellectuelle qui reçoivent une allocation directe afin de permettre du répit-dépannage ou gardiennage est supérieur à la cible 2010 fixée par le ministère.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Soutien à domicile – trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	42	55	34
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	2,4	3,4	4,8

Commentaires

Depuis le 1er avril 2005, les personnes qui ont 50 ans et plus et qui avaient en 2004-2005 un profil d'intervention *Trouble envahissant du développement* sont maintenant saisies prioritairement avec le profil *Perte d'autonomie liée au vieillissement* dans le système I-CLSC. Une estimation faite à partir des rapports statutaires extraits par la RAMQ (rapport no.11) nous permet d'estimer la perte de ces usagers et ainsi tenter de rendre les données comparables. En ajoutant cette perte au nombre d'usagers différents desservis au 31 mars 2006, les résultats estimés seraient à 45 usagers avec un trouble envahissant du développement.

Plusieurs personnes ayant un trouble envahissant du développement ont la capacité de se rendre à l'établissement afin de recevoir leurs services. Dans ce cas, les données présentées ne tiennent pas compte de ces usagers, ni des interventions qui leur ont été données.

Par ailleurs, des services offerts par des psycho éducateurs en CSSS ne sont pas comptabilisés non plus dans ces indicateurs même si les interventions ont eu lieu au domicile de l'usager. Ainsi, les résultats mesurés sous-estiment la réalité des personnes rejointes. Si on ajoutait le travail des psycho éducateurs dans le cadre d'interventions à domicile, on dénombrerait 138 personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant en moyenne 2,8 interventions à domicile en 2005-2006. L'intensité des services à domicile diminue au profit d'un plus haut taux de pénétration. Il faut aussi tenir compte qu'en plus du domicile, les psycho éducateurs interviennent dans les autres milieux de vie soit l'école, le travail, le service de garde, etc.

Les indicateurs utilisés dans le cadre des services de soutien à domicile ne mesurent que le nombre de personnes rejointes à domicile par le personnel des CSSS. Au regard de l'intensité de services, le fait d'exclure la production sous d'autres modes de prestation de services (allocations directes, entreprises d'économie sociale et d'aide domestique, Chèque emploi service) entraîne une sous-estimation importante pour la région. À partir des données qu'un des huit territoires a ventilé par programme, une estimation indique que pour l'ensemble des modes de prestation de services, une personne ayant une déficience intellectuelle et/ou un trouble envahissant du développement vivant sur ce territoire peut recevoir 22 interventions à domicile en moyenne dans une année.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	142	150	196

Commentaires

Dans la région, le nombre de familles comptant une personne ayant un trouble envahissant du développement qui reçoivent une allocation directe afin de permettre du répit-dépannage ou gardiennage est supérieur à la cible 2010 fixée par le ministère.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Services spécialisés – trouble envahissant du développement
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	38	40	44
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	13,2	20,0	12,7

Commentaires

Le nombre d'enfants de moins de 6 ans desservis dans ce secteur d'activités a été plus important que prévu. Aucun enfant n'est en attente pour ce type de services en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Tous les enfants avec un trouble envahissant de développement se font offrir 20 heures semaine d'intervention comportementale intensive. L'indicateur mesure la consommation réelle de cette offre. Plusieurs raisons expliquent l'écart entre l'offre de services qui est faite et le nombre moyen d'heures d'intervention constaté:

- Contraintes reliées à l'enfant ou à ses parents (ex. vacances, maladie, sortie de l'enfant en Centre de la petite enfance, parents non disponibles, horaire de l'enfant – sieste, évaluation- intégration progressive de l'enfant dans le programme -ex. un enfant de 2 ans commence à 4 heures)
- Contraintes reliées au maintien de l'expertise (formation pour chaque intervenant à raison de 3 journées par mois) et à la nécessité de constance de l'intervenant auprès de l'enfant (courtes absences non remplacées).
- La nécessité d'une constance dans l'intervention auprès de l'enfant entraîne le remplacement d'intervenants que pour les absences de plus d'une semaine.

Enfin, un certain nombre d'heures de services auprès de cette clientèle ne sont pas comptabilisées dans le résultat indiqué, soient les interventions de soutien à la famille et aux proches, l'orthophonie, et l'ergothérapie.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
Axe:	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de jeunes âgées de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	138	138	184
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	20	25	47

Commentaires

Afin de s'harmoniser à l'énoncé des indicateurs s'adressant aux personnes de 6 à 21 ans et à celles de 21 ans et plus, les services ont été offerts à l'ensemble des usagers présentant un trouble envahissant du développement (TED) et aux usagers présentant un TED avec diagnostic associé en déficience intellectuelle qui recevaient des services spécialisés d'adaptation et de réadaptation. Ainsi, le nombre d'enfants et d'adultes desservis dans ces deux secteurs d'activités a été plus important que prévu.

Parmi les 184 jeunes âgés de 6 à 21 ans, 135 présentent un TED et 49 un TED avec diagnostic associé en déficience intellectuelle. Parmi les 47 adultes de plus de 21 ans, 10 présentent un TED et 36 un TED avec diagnostic associé en déficience intellectuelle.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

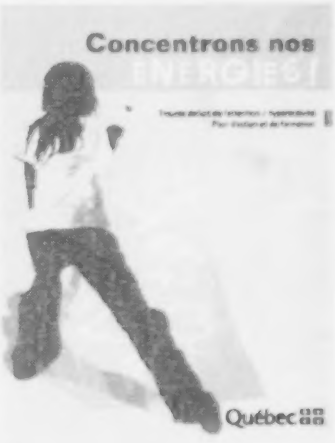
3.6 PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ

Vous trouverez dans le texte qui suit, les dossiers priorisés par le secteur Jeunes en difficulté et on constate que pour l'ensemble, les objectifs fixés ont été atteints.

Dans le cadre des activités générées par le plan d'action du Comité tactique des services à la jeunesse (Entente de complémentarité MELS-MSSS), chaque territoire de commission scolaire a instauré un comité local qui voit à concrétiser un plan d'action.

Le Comité régional de l'Entente multisectorielle a réalisé des rencontres d'information sous la coordination de l'Agence. Elles ont regroupé environ 300 partenaires. Les objectifs convenus étaient de mieux connaître la problématique des abus sexuels auprès des jeunes et de sensibiliser les intervenants aux attitudes à privilégier lors d'un dévoilement.

En lien avec les orientations de deux ministères, le MELS et le MSSS, et en continuité avec le plan d'action régional concernant le déficit de l'attention/l'hyperactivité, intitulé *Concentrons nos énergies*, des formations destinées aux intervenants des deux réseaux ont été actualisées. Ces formations avaient pour objectifs : de mieux connaître la problématique des jeunes présentant un trouble de déficit d'attention/hyperactivité, d'outiller les intervenants sur les instruments d'évaluation et finalement, d'initier les professionnels à l'intervention multidimensionnelle et les aider à compenser les déficits reliés à l'inattention et de l'agitation. Les CSSS en concertation avec le milieu scolaire ont implanté des procédures d'évaluation et d'intervention.



Le projet pilote des Équipes d'intervention jeunesse, de l'Énergie, Drummond et d'Arthabaska-Érable ont poursuivi leurs activités et ont produit de nombreux plans de services intégrés (PSI) auprès de la clientèle jeunesse qui se retrouve souvent sans service. Dans notre région, en moyenne quatre partenaires sont impliqués dans un PSI et chaque situation touche 3,5 problématiques.

Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CJMCQ) se préoccupe constamment d'atteindre les cibles fixées pour ainsi répondre le plus efficacement possible aux besoins grandissants de la clientèle qui présente des difficultés.

Il est confronté à une augmentation des signalements retenus, passant de 2 324 en 2005 à 2 641 au 31 mars 2006. Cette situation engendre une pression sur les services. Le CJMCQ multiplie les efforts pour garantir à sa clientèle des services accessibles et de qualité. Ces mesures instaurées ont eu pour résultat, entre autres, de diminuer le délai d'attente pour obtenir des services, qui est passé de 42,6 jours à 30 jours. En ce qui concerne l'engorgement en unité de réadaptation, le CJMCQ a pris des mesures pour favoriser le maintien du jeune en milieu familial.

Dans le cadre des travaux sur les services jeunesse intégrés, le comité régional coordonné par l'Agence a retenu, comme priorité pour les années 2005-2007, l'élaboration d'un réseau intégré de services, sur chaque territoire de CSSS, sur la problématique des troubles du comportement pour les jeunes de 12 à 18 ans.

Les CSSS de la région ont atteint leur engagement 2005-2006 en ce qui concerne le nombre de jeunes rejoints par l'intervention. L'engagement était d'offrir des services à 8 927 jeunes et on observe que 9 013 jeunes ont reçu des services. Pour ce qui est du nombre moyen d'interventions par jeune, la cible de six interventions est presque atteinte puisque nos résultats témoignent que nous sommes à 5,7 interventions par jeune.

L'implantation du programme d'intervention en négligence parentale *Faire la courte échelle* est réalisée comme convenu dans les huit CSSS de la région. Par ailleurs, la première équipe de quartier du projet expérimental *Ensemble pour les enfants* est formée et offre actuellement des services intégrés aux familles d'un quartier défavorisé de la région de Shawinigan.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en C555 (mission CLSC)	8 236	8 927	9 013
Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en C555 (mission CLSC)	5,5	6,0	5,7

Commentaires

Deux éléments ont rendu difficile l'atteinte du résultat au niveau de l'intensité de services. Premièrement, les données indiquées ne tiennent pas compte des interventions de groupe réalisées avec les jeunes et leur famille et, deuxièmement, deux établissements ont invoqué l'instabilité de leurs ressources humaines.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	11,7 jours	12 jours	11,5 jours
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	42,6 jours	30 jours	27,1 jours
Nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 %	14	12	5

Commentaires

Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec a inscrit le suivi de ces indicateurs dans ses priorités organisationnelles. De plus, le Centre jeunesse a mobilisé l'ensemble de son personnel d'encadrement et les équipes de travail sur la nécessité de réduire les listes d'attente. Et finalement il surveille attentivement, chaque semaine, l'évolution de ces indicateurs et voit à mettre en place, s'il y a lieu, des mesures de correction. Ces mesures instaurées ont eu pour effet entre autres, de diminuer le délai d'attente à l'application des mesures qui est passé de 42,6 jours à 30 jours.

Afin de garantir une meilleure accessibilité, l'établissement vit des difficultés de recrutement de professionnels compétents pour réaliser des évaluations. Il arrive fréquemment que la banque de disponibilité soit dépourvue de candidats. Il devient alors difficile de remplacer à pied levé des intervenants en congé de maternité ou de maladie et ce, tout en considérant que ce type d'intervention nécessite une formation adéquate. Le CJMCQ est confronté à une augmentation du nombre d'intervenantes enceintes étant donné l'importante embauche au cours des dernières années et considérant que le personnel est majoritairement féminin. Contrairement à la dynamique observée à l'évaluation qui permet l'ajout ponctuel d'intervenants dans un court délai, les facteurs de continuité et d'intensité d'intervention viennent influencer la succession d'intervenants auprès du même jeune. Le nombre de signalements retenus est en hausse. En effet, le cumulatif en date du 31 mars 2005 passe de 2 324 à 2 444 en date du 31 mars 2006. Cette situation engendre une pression sur les services. Le déploiement de petites équipes dans les territoires de la région fragilise leur capacité autoportante. Toute absence d'un intervenant à un impact direct sur le délai. Le CJMCQ, lors de périodes névralgiques, voit à l'embauche d'une façon courte et ponctuelle (6 à 8 mois), de surnuméraires.

En ce qui concerne l'engorgement, l'établissement présente de façon cyclique (mars-avril) un taux d'engorgement dans les unités de filles de 12 à 17 ans. Ceci s'explique par le fait que ces places ne peuvent être transférées dans d'autres unités qui sont dans certains cas partiellement occupées. Le Centre jeunesse ne désire aucunement augmenter le nombre de places au permis dans ces unités car il irait à l'encontre du programme d'intervention qui prône le maintien en milieu familial.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.7 PROGRAMME DÉPENDANCES

En ce qui concerne les services pour les personnes aux prises avec des dépendances liées aux drogues, à l'alcool ou au jeu, l'Agence a relevé plusieurs défis soit la mise en place de la première ligne en dépendance, s'assurer des suivis au regard des ententes de gestion, s'assurer de la réalisation des corridors de services en désintoxication et, enfin, supporter la certification des organismes offrant de l'hébergement.

En vue de la mise en place de la première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique, l'Agence a défini le panier de services de première ligne à être implanté dans les CSSS et elle a consacré des sommes d'argent à cet effet. L'Agence a également défini la hiérarchisation des services en dépendances devant servir de guide pour la signature d'entente entre les CSSS et Domrémy Mauricie/Centre du Québec.

Le suivi des ententes de gestion sur les services de traitement révèle que les mécanismes d'accès jeunesse ont évalué et référé 335 jeunes, ce qui situe la région au-delà des attentes de 2010. En ce qui concerne les services aux joueurs, 370 de ceux-ci ont reçu des services de traitement, et ce, conformément aux attentes. L'Agence a octroyé 10 000 $ en vue de faire la promotion des services en jeu pathologique.

La région bénéficie désormais de corridors de désintoxication bien établis entre Domrémy et les services hospitaliers de Trois-Rivières, Shawinigan, Victoriaville et Drummondville.

Un accompagnement a aussi été fait pour les organismes désirant obtenir une certification du Ministère et quatre organismes ont déposé leur requête. Huit organismes se sont inscrits soit pour un renouvellement, soit pour une première certification.

L'Agence a contribué à l'implantation d'une ressource d'hébergement à Drummondville soit le Pavillon de l'Assuétude.

En ce qui concerne les activités courantes, l'Agence a réalisé des travaux ou a apporté sa collaboration pour mieux adapter les services pour les personnes âgées et pour les communautés des premières nations.

Les tables de concertation ont réalisé diverses initiatives de prévention auprès de toutes les clientèles, principalement les jeunes. La semaine de prévention est un moment riche en créativité auprès des diverses clientèles, et ce, dans l'ensemble du territoire.

Un soutien a été assuré lorsque nécessaire auprès des tables. L'Agence également contribué à la consolidation du système de gestion des clients avec dépendance dans les organismes communautaires offrant de l'hébergement.

L'Agence a réparti 60 000 $ pour des activités préventives en matière de jeu pathologique entre les huit tables de concertation locales en alcoolisme/toxicomanie et jeu.

L'Agence a financé l'expérimentation de l'outil de dépistage DÉBA JEU et a vu à la préparation des formations en vue de l'implantation des services de premières lignes plus particulièrement le déploiement du programme « Alco-Choix Plus ».

Lors de l'annonce du projet-pilote en dépendances, on reconnaît M. Marc Lacour, directeur des services sociaux à l'Agence, M. Jean Shooner, membre du conseil d'administration de la SDED et conseiller municipal de Drummondville, M. Pierre Bourassa, directeur général de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec et M. Martin Dupont, directeur général de la SDED.

En ce qui concerne les activités courantes en dépendance, l'Agence a travaillé à l'élaboration de projet pilote en jeu pathologique. Il s'agissait d'abord de visiter des entreprises afin d'offrir un coffre d'outils en prévention. Plus de 300 entreprises ont été visitées. Cette expérience a permis la signature d'entente avec la Société de développement économique de Drummondville en vue de visiter l'ensemble des entreprises de ce territoire.

L'Agence a également élaboré en partenariat un programme d'exclusion volontaire.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Services de première ligne - toxicomanies**
Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie	316	316	335

Commentaires

La région enregistre de très bons résultats sur le nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie. La cible fixée par le ministère pour 2010 est même largement dépassée.

Pour 2006-2007, l'établissement régional continue tout de même la formation en milieu scolaire afin d'améliorer le dépistage et la référence de cette clientèle.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Jeu pathologique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	330	368	370

Commentaires

Il est à préciser qu'aux 370 personnes traitées par les services spécialisés en jeu pathologique, il faut ajouter 42 « proches » ayant aussi reçu des services.

L'atteinte du résultat sur le nombre de joueurs pathologiques desservis est le fruit d'efforts de promotion intensive des services de traitement disponibles. Les principales actions 2006-2007 porteront sur l'amélioration du dépistage en CSSS et ainsi, sur l'amélioration du taux de pénétration de cette clientèle.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.8 PROGRAMME SANTÉ MENTALE

Dans le domaine de la **santé mentale**, l'année 2005-2006 se démarque, entre autres, par les faits saillants suivants.

L'Agence et les CSSS ont estimé qu'il était prioritaire de développer de façon significative le service de *soutien d'intensité variable* (« *case management* ») dispensé par les CSSS à des adultes ayant un trouble mental grave. C'est ainsi que :

- Considérant les investissements budgétaires effectués au cours des dernières années, des cibles élevées ont été fixées à chacun des CSSS, cibles qui, pour l'essentiel, ont été atteintes puisqu'à l'intérieur d'un délai de 12 mois, le nombre moyen de personnes soutenues dans la communauté par les CSSS est passé de 123 à 222 adultes par période, soit une progression de 80 %.

- De plus, l'Agence a entamé avec les CSSS des travaux qui vont conduire à l'officialisation, au cours de l'automne 2006, d'un cadre de référence régional pour le service de soutien d'intensité variable. Un tel cadre permettra d'assurer une mise en œuvre cohérente de ce service dans tous les territoires.

Le même besoin d'une compréhension partagée a émergé à la suite de la publication par le MSSS, en juin 2004, du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens.* Cela a amené l'Agence à développer, en collaboration avec les chefs de départements de psychiatrie et les directeurs de santé mentale de la région, le *Cadre de référence en vigueur en Mauricie et au Centre-du-Québec applicable au psychiatre répondant.* Ce cadre a été officialisé en avril 2006 et sert de base au déploiement progressif des *psychiatres répondants* par les établissements à mission hospitalière en 2006-2007.

Le Dr André Delorme, directeur en santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux, est venu présenter le Plan d'action en santé mentale 2005-2010.

En conformité avec sa responsabilité d'améliorer le fonctionnement du réseau en définissant bien les contributions attendues des différents acteurs, l'Agence a complètement révisé le *Programme de répit/dépannage adulte en santé mentale.* Ce nouveau programme, qui est entré en vigueur le 1er avril 2006, confie un rôle majeur aux associations de parents et de proches de personnes ayant un trouble mental, qui agissent en collaboration avec les CSSS. Il vise à garantir un accès comparable à ce type de service dans chacun des huit territoires de la région.

Toujours confrontée à un manque de médecins omnipraticiens et spécialistes, l'Agence a vu à ce qu'une seconde cohorte de 45 médecins omnipraticiens entame un programme de formation en santé mentale et suicide d'une durée de 28 jours répartis sur deux ans. Ce programme cherche à améliorer les compétences des médecins généralistes pour bien traiter les personnes aux prises avec des troubles mentaux. Le programme est dispensé sous le leadership professionnel du CSSS de l'Énergie, avec l'appui de l'Agence. Il fait suite à une première cohorte qui avait rejoint 43 médecins de 2002 à 2004.

Signalons le lancement à Trois-Rivières d'une nouvelle ressource communautaire d'hébergement de transition, prioritairement dédiée aux personnes suicidaires de Trois-Rivières et de ses environs.

Signalons le lancement à Trois-Rivières d'une nouvelle ressource communautaire d'hébergement de transition, prioritairement dédiée aux personnes suicidaires de Trois-Rivières et de ses environs. Il s'agit de la concrétisation de l'une des cibles d'action prioritaires 2003-2005 adoptées en mai 2003 par l'Agence pour faire face au phénomène du suicide dans notre région.

En décembre 2005, l'Agence a produit la *Trajectoire de services en vigueur en Mauricie et au Centre-du-Québec pour l'évaluation diagnostic des jeunes de moins de 6 ans avec trouble envahissant du développement (TED).* Cette trajectoire, conçue pour résorber des problèmes vécus en région notamment à cause d'un manque de médecins spécialistes, précise les responsabilités respectives des CSSS et du CSDI pour garantir un processus d'évaluation-diagnostic efficace applicable à ces jeunes dans la région. Le premier souci est de faciliter l'accès rapide à des services appropriés répondant aux besoins particuliers et bien circonscrits de ces jeunes et de leurs proches.

En novembre 2005, le Comité régional sur les services jeunesse intégrés, qui est un comité consultatif à l'Agence, adressait à cette dernière ses recommandations quant à la trajectoire de services à préconiser pour les jeunes vivant des problèmes de santé mentale. Cette proposition a été élaborée avec l'implication des réseaux de la santé et des services sociaux, de l'éducation et des centres de la petite enfance. Elle est importante parce qu'elle servira d'assises, avec le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens,* aux *Orientations et stratégies régionales relatives aux services de santé mentale pour les jeunes de moins de 18 ans et leurs proches* que l'Agence officialisera en juin 2006.

Préoccupés par l'accès aux services de santé mentale par les jeunes hébergés en centre de réadaptation, le Centre jeunesse et l'Agence ont convenu d'un chantier piloté par le Centre jeunesse qui doit conduire à l'identification, d'ici juin 2006, des solutions les plus efficientes, efficaces et économiques pour assurer cet accès. La préparation de ce plan et sa mise en œuvre par la suite bénéficient d'un soutien financier récurrent de 75 000 $.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Services de première ligne – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	158	Augmentation	313
Nombre d'usagers (18 ans et plus) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale en CLSC (mission CLSC)	2 282	2 664	2 693

Commentaires

Jeunes de moins de 18 ans :
De par la pratique visant à éviter la stigmatisation et à cause de la difficulté à établir un diagnostic de trouble mental chez les jeunes de moins de 18 ans, plusieurs personnes recevant des services par les CSSS ne sont pas comptabilisées dans ces résultats.
La Mauricie et le Centre-du-Québec affiche une augmentation importante du nombre de jeunes rejoints par ce type de services. Les efforts seront maintenus afin d'atteindre le seuil de services dans la région.

Adultes :
Il est nécessaire de mettre en perspective que cette année en a été une de changement liée aux fusions de cinq CSSS dans notre région. Ces fusions ont entraîné des processus d'harmonisation au plan des pratiques. Malgré cette réalité, le résultat démontre que les établissements ont fait des efforts pour se rapprocher de la cible.

Aussi, ces deux indicateurs ne mesurent que les interventions individuelles. Or, les interventions de groupe constituent un autre type d'intervention largement utilisé avec les personnes ayant un trouble mental, parce que jugé important à l'efficacité des interventions considérées dans leur ensemble. Les interventions de groupe ne sont pas colligées par ces indicateurs, ce qui empêche de refléter adéquatement l'ampleur de l'action du réseau auprès des jeunes et des adultes ayant un trouble mental.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
Axe:	**Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus, par période, ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté	120	231	161
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus, par période, qui ont reçu des services de suivi intensif	332	332	315

Commentaires

Suivi intensif dans la communauté

En 2005-2006, 450 personnes différentes ont été desservies par des services d'intégration dans la communauté sous forme de suivi intensif. En considérant une prévalence annuelle, cette donnée représente un ratio de 92,9 personnes pour 100 000 de population, ce qui place la région au-delà de la cible 2010 qui est de 75 pour 100 000 selon le Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Cependant, l'indicateur, qui est la moyenne du nombre de personnes suivies pendant chacune des 13 périodes administratives de l'année, reflète plutôt la capacité moyenne du réseau à desservir des usagers à chaque période.

Soutien d'intensité variable

En 2005-2006, 759 personnes différentes ont été desservies par des services d'intégration dans la communauté sous forme de soutien d »intensité variable offerts par les CSSS. En considérant une prévalence annuelle, cette donnée représente un ratio de 156,7 personnes pour 100 000 de population, plaçant la région à 60 % de la cible fixée par le MSSS de 250 par 100 000. Mais, comme pour l'indicateur précédent, celui-ci reflète plutôt la capacité moyenne du réseau à desservir des usagers à chaque période.

En ce qui a trait au résultat atteint en 2005-2006, il convient de souligner que le résultat de 161 personnes desservies en moyenne par période, cache une amélioration importante de la performance de la région. En effet, l'examen des résultats des 3 dernières périodes de 2005-2006 nous apprend qu'en moyenne 222 usagers différents étaient ainsi suivies, ce qui indique que la région, en fin d'année, était très proche de sa cible de 231. En comparaison avec le résultat 2003-2004 de 123,1 personnes, il s'agit d'une progression de 80 % du nombre d'usagers suivis dans la communauté.

Les résultats qui précèdent s'expliquent par le fait que le suivi d'intensité variable commande une réorganisation des services et une révision importante des pratiques professionnelles au sein des CSSS, qui nécessitent un certain temps pour se réaliser et pour porter fruit.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.9 PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

3.9.1 Service d'urgence

L'objectif était de maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence.

- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Fiche de reddition de comptes	
Axe:	**Services d'urgence**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Séjour moyen sur civière	14,4	13,2	14,1
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,4	14,4	17,3
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	3,6	2,4	2,6
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	6,1	3,5	4,5

Commentaires

Un suivi rigoureux réalisé en 2005-2006 auprès de certains établissements a permis de se rapprocher des cibles fixées sans toutefois les atteindre.

Les enjeux concernent tant la clientèle en santé mentale que celle âgée de 75 ans et plus. L'amélioration des services de première ligne en santé mentale devrait permettre de résorber la durée moyenne de séjour. La pénurie d'effectifs médicaux en Mauricie et au Centre-du-Québec pose un autre enjeu majeur. En effet, le faible taux d'atteinte du *Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique*, qui est à 77 % en juin 2006 et qui constitue le taux le plus bas au Québec (moyenne du Québec : 90,7 %), est l'un des embûches importants à une meilleure performance des urgences principalement en Mauricie. Ainsi, la région connaît des difficultés importantes au chapitre de l'accès à des consultations médicales sans rendez-vous, à celui de la prise en charge et du suivi en CHSLD de personnes nécessitant un hébergement, à celui du suivi des personnes par un médecin de famille ou à celui de la participation de médecins omnipraticiens aux équipes de services de première ligne.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.9.2 Listes d'attente

Programme et dépistage du cancer du sein (PQDCS) et les délais d'attente en mammographie

Les objectifs étaient :

- de poursuivre et consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et la fonction de l'assurance-qualité dans la région ;
- d'augmenter le taux de participation (de 53,3 % à 54,8 %) ;
- de diminuer le taux de référence en dépistage initial (de 11,3 % à 11,2 %) ;
- de diminuer le taux de référence en dépistages subséquents (de 6,7 % à 6,6 %) ;
- d'atteindre un taux de détection du cancer plus grand que 5/1000 en dépistage initial et plus grand que 3,5/1000 en dépistages subséquents ;
- d'améliorer l'accessibilité à la mammographie.

Résultats atteints

Le programme régional, sous la responsabilité de l'Agence, est coordonné par le CHRTR et appuyé par la Direction des services de santé et des affaires médicales et la Direction de santé publique. La région vit, encore cette année, une grave pénurie de radiologistes et de technologues limitant l'accès aux services radiologiques, et donc aux mammographies de dépistage.

Les professionnels des centres de dépistage désignés et des centres de référence et d'investigation diagnostique (CDD-CRID) ont tous été informés des ententes de gestion, de l'évolution du PQDCS et de ses résultats.

Les résultats prévus à l'entente de gestion ont été atteints en partie. Au 31 décembre 2005, le taux de participation était à 56,3 %, une nette amélioration par rapport au 53,5 % de 2004-2005. Les taux de référence étaient de 13,3% en dépistage initial et de 6 % en dépistages subséquents. Ces taux sont en diminution par rapport à 2004-2005 mais sont encore au-dessus des objectifs visés. Rappelons que les taux québécois sont à 14,9 % et 7,4 %. Par contre, les taux de détection étaient supérieurs aux normes visées, soit 5,4/1000 en dépistage initial et en dépistages subséquents.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Dépistage du cancer du sein**
Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006*** *Décembre 2005*
Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	53,5 %	54,8 %	56,3 %
Taux de détection initial du cancer du sein	5,4 pour 1 000	>5,0 pour 1 000	5,0
Taux de détection subséquent du cancer du sein	5,4 pour 1 000	>3,5 pour 1 000	5,1
Taux de référence initial pour investigation	14,8 %	11,2 %	13,3 %
Taux de référence subséquent pour investigation	7,7 %	6,6 %	6,0 %

Commentaires

Le taux de participation des femmes de 50 à 69 ans de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été supérieur à celui espéré et même à celui du taux québécois qui se situe à 49,4 %. De plus, 9 femmes sur 10 résidant la région utilisent les services de dépistage en Mauricie et au Centre-du-Québec. Cette performance est d'autant plus significative que le vieillissement de la population entraîne une augmentation annuelle du nombre de femmes admissibles au programme et donc un effort plus important pour les centres de dépistage désignés.

Les taux de référence lors d'une première mammographie de dépistage et lors de mammographies subséquentes se sont améliorés depuis 2004-2005 et indiquent une performance meilleure que l'ensemble du Québec (examen initial = 14,9 % et examens subséquents = 7,4 %). Bien que la cible du taux de référence subséquent soit atteinte, le taux de référence lors d'une première mammographie de dépistage a été plus élevé que celui visé. Les taux sont variables d'un centre de dépistage désigné à un autre. La mise en place des comités d'assurance qualité prévus au programme en lien avec l'atteinte de cette norme, devrait permettre de faire les travaux nécessaires avec les médecins spécialistes concernés.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Les délais d'attente

Les délais pour obtenir une mammographie de dépistage se sont améliorés, mais restent supérieurs aux normes fixées par le cadre de référence du PQDCS. Le plan d'action mis en place en 2004-2005 pour permettre l'accessibilité à la mammographie diagnostique et de dépistage s'est finalisé en 2005-2006, puisque le CHRTR a poursuivi son entente avec la clinique St-Pascal à Québec pour permettre à 585 femmes de passer leur mammographie en leur fournissant le transport en autobus nolisé.

	CHCM Shawinigan CDD-CRID	Hôpital Sainte-Croix Drummondville CDD-CRID	Clinique radio-logique des Bois-Francs CDD	Hôtel-Dieu d'Arthabaska CRID	CHRTR Trois-Rivières CDD_CRID	CSSS du Haut-St-Maurice CDD
Mammographies de dépistage	Prescription : aucune Lettre PQD : 2 mois	20 semaines	11 semaines	N/A	20 semaines	13 semaines
Investigation suite à une mammographie anormale	1 semaine	3 jous	N/A	Nil	2 semaines	3 à 4 jours
Mammographies diagnostiques	Urgent : 2 semaines Autres : 12 semaines	3 jours	1 semaines	2 semaine s	18 semaines	13 semaines

Attente en tomodensitométrie (SCAN)

L'arrivée de six radiologistes au CHRTR, à l'été et automne 2005 (malgré le départ de l'un d'eux en janvier 2006), a largement contribué à diminuer les listes d'attente dans ce secteur. Aucun patient n'a été envoyé à l'extérieur. À la période 13 de l'année 2004-2005, 712 patients étaient sur notre liste d'attente, ce qui équivalait à près de deux ans d'attente pour les patients électifs. À pareille date en 2005-2006, 342 patients étaient inscrits sur nos listes, ce qui correspondait à six semaines d'attente.

Attente en résonance magnétique (IRM)

Malgré l'arrivée d'une cohorte de six radiologistes et le fait d'effectuer des examens en résonance magnétique sept quarts de jour/semaine et cinq quarts de soir/semaine, force est de constater que la demande d'examens dépasse l'offre de service. À la période 13 de l'année 2004-2005, 1 031 patients étaient sur notre liste d'attente, ce qui équivalait à près d'un an d'attente pour les patients électifs. À pareille date en 2005-2006, 2 323 patients étaient inscrits sur nos listes, ce qui correspondait à environ 70 semaines d'attente. Au CSSS Drummond, le service fonctionne depuis 2004 à plein temps et sur une base régulière et il y a déjà 199 patients sur la liste d'attente. Ce service est aussi donné sur une base régulière depuis 2004 au CSSS d'Arthabaska-Érable et il y a 300 patients sur la liste d'attente.

Attente en tomographie par émission de positrons (tep scan)

Une entente entre l'Agence, le CHRTR et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a été conclue en septembre 2004 afin que les médecins nucléistes du CHRTR puissent maintenir leur expertise en tomographie par émission de positrons et le corridor de services est

toujours en place. Ainsi, 348 patients de notre région ont pu profiter en 2005-2006 de l'examen à Sherbrooke sous l'expertise des médecins du CHRTR. À la fin de l'année financière 2005-2006, 24 patients étaient en attente de ce type d'examens. Il s'agit d'une entente sans frais financiers pour l'Agence et le CHRTR.

Attente aux services de prélèvements (laboratoire)

Les résultats de l'enquête sur l'accessibilité aux services de prélèvements de novembre 2005 révèlent que dans l'ensemble, les sites de prélèvements de la région sont conformes aux normes établies par le MSSS, soit un délai maximal de 14 jours entre le jour de la prise de rendez-vous et la date fixée du rendez-vous, et un délai maximum de 60 minutes correspondant au temps d'attente du patient pour recevoir le service à compter du moment où il se présente au rendez-vous fixé ou au centre de prélèvements sans rendez-vous. Tous les centres de prélèvements, quel que soit leur mode d'organisation du travail, sont soumis à la même norme de temps-réponse.

Le CSSS d'Arthabaska-Érable dépasse la norme maximale de 14 jours dans son site avec rendez-vous et le CSSS Drummond dépasse la norme maximale de 60 minutes dans son site sans rendez-vous.

3.9.3 Organisation régionale des services pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale

Les objectifs étaient :

- d'assurer la disponibilité d'un service spécialisé de dialyse rénale aux personnes atteintes d'insuffisance rénale du territoire ;
- de dégager des orientations régionales en dialyse ;
- de supporter la diversification des services dans la communauté, tout au long du continuum de services.

Résultats atteints

Agence de santé et des services sociaux

- adoption par le conseil d'Administration de l'Agence des *Orientations régionales en dialyse* : cinq orientations assorties de douze cibles de résultats (décembre 2005) ;
- révision de la procédure d'admissions des usagers des unités satellites des CSSS Drummond et d'Arthabaska-Érable ainsi que du CHRTR ;
- assouplissement au niveau des corridors de services entre les établissements des rives nord et sud ;
- dépôt du plan de mise en œuvre pour l'optimisation du modèle de déconcentration des services en dialyse.

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

- hémodialyse hospitalière: 146 personnes
- hémodialyse semi-autonome: 8 personnes

Dialyse péritonéale ambulatoire continue (DPAC)

- cycliques : 3 personnes
- DPAC traditionnelle : 30 personnes
- clinique d'insuffisance rénale : 384 personnes

Centre de santé et services sociaux Drummond (unité satellite en dialyse rénale Hôpital Sainte-Croix)

- 35 patients sont suivis de façon régulière à raison de 6 jours/semaine ;
- 13 nouvelles admissions, 5 décès, 2 greffes, 2 traitements cessés et des traitements ont été donnés à 5 visiteurs.

CSSS d'Arthabaska-Érable (unité satellite en dialyse rénale Hôtel-Dieu d'Arthabaska)

- au 31 mars, l'unité satellite recevait 22 patients en dialyse rénale.

3.9.4 Lutte contre le cancer

Programme régional de lutte contre le cancer

L'objectif était la poursuite de l'objectif initial en supportant la mise en place d'un réseau intégré de lutte contre le cancer permettant de consolider les liens déjà existants de même que les effectifs, les actions et les investissements consacrés à cette lutte.

Des intervenants engagés dans le programme de lutte contre le cancer pour le territoire Trois-Rivières métro : Jocelyne Galardo, chef de service radio-oncologie au CHRTR, Nicole Prud'homme, chef programme santé physique au CSSS de Maskinongé, Gilles Gignac, coordonnateur santé physique au CSSS Vallée-de-la-Batiscan, Louise Courchesne et Francine Gélinas, IPO au CHRTR, Louise Corbeil, alors coordonnatrice des services ambulatoires du CHRTR et Chantal Raymond, coordonnatrice des services à domicile au CSSS de Trois-Rivières. Absents : les représentants du CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska, d'Info-Santé et du Centre de réadaptation InterVal.

Résultats atteints

Comité régional de lutte contre le cancer

- comité réuni à quatre reprises ;
- discussion au sujet de la diminution des délais d'attente en

radio-oncologie à quatre semaines au lieu de huit semaines et éventuellement une attente maximale à deux semaines ;

- préoccupations et discussions au regard du taux de rétention régional en radio-oncologie ;
- discussion sur la problématique reliée aux coûts associés à l'arrivée de nouveaux médicaments en oncologie ;
- échanges sur la nécessité d'élaborer une politique québécoise au niveau de la médecine dentaire en oncologie ;
- révision du règlement et des modalités de fonctionnement du Comité régional de lutte contre le cancer (CRLC), principalement en terme d'augmentation de la représentativité, et de tenir aussi compte du mandat en soins palliatifs ;
- discussion sur l'état d'avancement des travaux au Ministère portant sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal. Pistes d'action régionales identifiées ;
- discussions sur les délais d'attente en mammographie de dépistage et de diagnostiques dans le cadre du PQDCS dans notre région ;
- avis du comité sur la prise en charge des enfants nécessitant des soins palliatifs et de fin de vie ;
- discussion sur la nouvelle ligne directrice du PQDCS au regard de l'auto-examen des seins ;
- mise à jour et validation du *Plan d'action régional 2002-2007* et étapes à venir pour finaliser l'implantation.

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

- lancement officiel des équipes locales en oncologie de Drummondville, d'Arthabaska–Érable et de l'Énergie, dans le cadre d'un 5 à 7 au printemps 2005 ;
- implication de l'Agence lors de la visite du groupe d'experts du Ministère au regard de la recommandation des équipes locales et régionale en oncologie à être désignées dans notre région ;
- poursuite de la consolidation des équipes locales en oncologie ;
- élaboration et financement d'un projet régional visant le soutien au développement de l'interdisciplinarité au sein des équipes d'oncologie, en collaboration avec une firme externe (AXDEV) et en lien avec les CSSS concernés ;
- soutien et suivi aux répondants dans le cadre de la mise en place du programme de lutte contre le cancer dans chacun des CSSS où une équipe d'oncologie a été désignée ;

- financement de l'équipement prévu pour la visioconférence en oncologie en Mauricie—Centre-du-Québec, permettant la mise en place d'un comité régional des tumeurs accessible aux membres des équipes locales en oncologie ;

- désignation de quatre équipes locales et d'une équipe régionale en oncologie : CSSS de l'Énergie, CSSS Drummond, CSSS d'Arthabaska-Érable et équipe locale et régionale au CHRTR.

- mise en œuvre d'un projet de démonstration au CSSS de l'Énergie visant l'amélioration de la coordination clinique et administrative des services en fin de vie ;

- participation de l'Agence et du président du CRLC aux travaux provinciaux de la Table inter-RUIS en oncologie ;

- participation de l'Agence à un comité du MSSS ayant comme mandat d'évaluer le programme de lutte contre le cancer et le processus de désignation des équipes d'oncologie ;

- attribution d'un mandat à une professionnelle de l'Agence pour évaluer les besoins en matière de visioconférence en oncologie pour les régions desservies par le RUIS de l'Université de Montréal ;

- étude faite en collaboration avec le MSSS, la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale et la Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec : Rapport final remis à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) concernant l'étude intitulée : *Corridors de services de santé efficients dans le diagnostic et les traitements des femmes avec un cancer du sein* ;

- démarche entreprise auprès des CSSS de la région et du CHRTR afin que ceux-ci désignent des répondants au regard du dossier des soins palliatifs, et ce, afin d'élaborer une stratégie régionale de déploiement de la *Politique des soins palliatifs*.

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

- projet de construction de l'Hôtellerie de la Fondation québécoise du cancer complété avec succès. Cette nouvelle construction, adjacente au pavillon Sainte-Marie, comporte trois étages. On y retrouve 12 chambres pour une capacité d'accueil de 24 personnes à la fois. Les installations et commodités propres à rendre le séjour des usagers et de leurs proches le plus confortable possible, y sont accessibles ;

- infirmière clinicienne spécialisée en oncologie : le rôle de l'infirmière clinicienne voit son mandat élargi sur les plans régional et local afin de soutenir le partenariat clinique qui unit le CHRTR à tous les établissements de la région 04 ;

- relance du comité des gestionnaires du programme d'oncologie de la région 04. Les gestionnaires travaillent le plan d'action des établissements désignés par le MSSS (Programme de lutte contre le cancer). Le CHRTR, en collaboration avec les différents partenaires, réactive les orientations clinico-administratives du programme d'oncologie (spécification du rôle spécialisé des infirmières pivots, interdisciplinarité,

protocoles et modes de fonctionnement assurant la fluidité des services et soins aux usagers) ;

- radio-oncologie : soutien à l'organisation du travail en interdisciplinarité. Mesures ministérielles rattachées au temps supplémentaire en cours de révision ;

- suivi systématique des clientèles en oncologie : étude en cours pour le cheminement des clientèles relevant du cancer du sein, du cancer colorectal, du cancer du poumon et des cancers reliés à la spécialisation ORL ;

- expertise-conseil du CHRTR tant du point du vue médical (médecins hémato-oncologues, radio-oncologues), que du point de vue des ressources internes pouvant soutenir le travail interétablissement (formation des pharmaciens du CSSS de l'Énergie, disponibilité de l'infirmière clinicienne en oncologie, de même que tout autre lien entre professionnels visant la qualité des services offerts dans toute la région 04) ;

- entente de service avec l'équipe satellite du Haut-Saint-Maurice.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Lutte contre le cancer**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 8 semaines.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de patients en attente de plus de 8 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement	0	0	0

Commentaires

Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières a réussi à respecter pendant presque toute l'année la cible de ne compter aucun patient en attente de plus de huit semaines pour le début du traitement en radio oncologie. De plus, les données des dernières périodes financières de l'année 2005-2006 indiquent qu'aucun patient n'accuse un délai d'attente de plus de quatre semaines dans ce domaine.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.9.5 Soins palliatifs

L'objectif était d'accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	**Soins palliatifs**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	1 303	1 303	1 359
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	17,3	17,3	18,0

Commentaires

En plus de corrections de données présentes dans quelques établissements de la région, certains territoires ont connu une diminution du nombre d'usagers différents desservis dans ce secteur d'activités. Cependant, ils n'affichent aucune demande de services en attente et l'intensité de services dépasse la cible 2010 attendue par le ministère.

L'implantation de la *Politique des soins palliatifs* en 2006-2007 en Mauricie et au Centre-du-Québec devrait permettre d'améliorer la référence vers les CSSSS au bon moment pour la personne et du même coup, le taux de pénétration de cette clientèle. L'enjeu pour les établissements sera alors de maintenir l'intensité des services.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

3.9.6 Projet régional PRIISME-Diabète

En 2003-2004, l'Agence a conclu une entente avec la compagnie GlaxoSmithKline, dans le cadre du projet PRIISME diabète, ce qui a permis de faire une analyse de l'ensemble des ressources dédiées à ce domaine médical et clinique. Le projet PRIISME-diabète vise la mise à jour des connaissances des professionnels qui prodiguent des soins aux personnes diabétiques et la production d'outils d'intervention à l'intention des professionnels et de leur clientèle prédiabétique et diabétique.

Les objectifs de l'année 2005-2006 sont :

- de réaliser un outil d'enseignement pratique destiné aux professionnels oeuvrant auprès de personnes diabétiques ou à risque de le devenir. L'outil d'enseignement est basé sur les *lignes directrices de pratique clinique 2003* de l'Association canadienne du diabète. (À noter que l'outil sera disponible en version papier et électronique sur le site web de l'Agence) ;

- d'assurer, avec cet outil, un enseignement harmonisé, de qualité et à la fine pointe des dernières connaissances en la matière aux personnes diabétiques ou très à risque de le devenir de notre région. Ainsi, elles seront en mesure de mieux gérer leur maladie. Cet outil soutiendra aussi les professionnels de la santé dans leur mission d'identifier et d'accompagner les dizaines de milliers de personnes de la région qui sont diabétiques mais ignorent leur état ou qui sont très à risque de devenir diabétique pour une prise en charge optimale de la maladie ;

- de réaliser quatre activités de lancement de l'outil pratique d'enseignement auprès des professionnels concernés par le diabète. Les activités de lancement se feront dans les régions suivantes de Trois-Rivières, Shawinigan, Victoriaville et Drummondville afin de rejoindre les professionnels dans leur milieu.

3.9.7 Organisation régionale des services pour les personnes atteintes de sclérose en plaques (SEP)

Les objectifs étaient :

- de développer une clinique spécialisée régionale de sclérose en plaques au CHRTR ;
- d'assurer une prise en charge de toute la clientèle de la région-04 permettant ainsi d'éviter l'exode vers l'extérieur de notre région ;
- d'améliorer la rapidité du processus diagnostique ;
- de favoriser la mise en place d'une thérapie, d'un enseignement et d'un support précoce ;
- de participer à la recherche multicentrique en SEP ;
- de développer, en deuxième année, des cliniques spécialisées en SEP dans les centres hospitaliers territoriaux.

Résultats atteints

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières :

- rapatriement d'une partie de la clientèle qui va recevoir des services à l'extérieur de la région ;
- élaboration du mode de fonctionnement de la clinique, en lien avec la prise en charge de la clientèle, et convenir des modes de références ;
- inscription de 280 usagers pour le suivi des usagers atteints de SEP ;
- amélioration consédirable des délais concernant la prise en charge du processus diagnostique;
- respect des délais entre le diagnostic et le début d'une thérapie immunomodulatrice dans la région de la Mauricie pour la clientèle qui a accès à la clinique ou au bureau privé ;
- enseignement précoce de la maladie et support précoce des usagers nouvellement diagnostiqués ;
- plusieurs projets de recherche en cours ;
- prise en charge par une équipe interdisciplinaire qui se fait d'une façon fluide ;

- création de liens importants avec le service d'urologie et prise en charge rapide ;
- élaboration d'un protocole pour la prise en charge des poussées et d'un suivi au niveau du laboratoire en ce qui concerne la médication ;
- projet de consolidation de la clinique pour l'année qui vient ;
- collaboration avec le Centre de réadaptation InterVal concernant les volets suivants :
  - clinique de spasticité ;
  - dysphagie.

3.9.8 Services de pharmacie

Services et soins pharmaceutiques

Dossier anticoagulothérapie

Un développement est attendu dans ce dossier, compte tenu des responsabilités des CSSS dans ce domaine. Plusieurs facteurs compliquent le transfert des clientèles stables anticoagulées vers les pharmacies communautaires : le manque de mobilisation de la part des pharmaciens communautaires et hospitaliers, la crainte justifiée d'une décentralisation des services entraînant une perte importante d'expertise, l'absence de rémunération des pharmaciens communautaires pour poser cet acte, la prise en charge de cette clientèle par des infirmières dans certains GMF, etc.

Dans la prochaine année, un projet intéressant devrait être approfondi en collaboration avec le CSSS de Trois-Rivières et le CHRTR afin de créer une clinique d'anticoagulothérapie unique pour la région de Trois-Rivières et les environs.

Dossier du Programme ambulatoire de thérapies intraveineuses

Certains établissements de santé ont demandé de l'information de soutien de façon informelle à l'Agence pour l'implantation du projet dans leur milieu en début d'automne. Quelques milieux ont débuté l'implantation ou la consolidation de ce programme.

Dossier Grippe aviaire et pandémie d'influenza

Une rencontre de sensibilisation a eu lieu avec les chefs de départements de pharmacie en établissement, en collaboration avec la DSP et l'équipe des mesures d'urgence.

3.9.9 Réseau régional de traumatologie

Quatre rencontres du comité régional de traumatologie ont eu lieu en 2005-2006. Ce comité comprend des représentants des centres désignés de la région, soit le CHRTR, le CSSS Drummond, le CSSS d'Artabaska-Érable, le CSSS du Haut-Saint-Maurice et le Centre de réadaptation InterVal. Les faits saillants de la dernière année sont :

- formation continue faite à partir de l'écoute de cas réels de traumatismes qui se sont produits dans la région. Ces cas touchent plus spécifiquement la mise en tension du système préhospitalier et hospitalier ;

- collecte de données pour vérifier le temps passé à l'urgence par les techniciens ambulanciers ;
- révision du découpage géographique de la région pour les neurotraumatisés ;
- début des travaux pour l'élaboration du plan d'action régional en traumatologie ;
- retour sur les modalités de transfert des traumatisés craniocérébraux pédiatriques ;
- formation de médecins et autres intervenants du réseau sur les traumatismes craniocérébraux légers à partir du dépôt des orientations ministérielles ;
- implantation d'un projet pilote pour la création d'un site Web concernant les centres désignés de la région. La première étape consistait à compléter le recueil des procédures pour l'unité d'urgence. Ce site Web permettra un suivi plus régulier des marqueurs de performance et remplacera les visites d'accréditation du Groupe-conseil ministériel.
- participation au colloque annuel de traumatologie organisé par le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (Hôpital de l'Enfant-Jésus) en février 2006.

Fiche de reddition de comptes	
Axe:	**Chirurgie**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005 Source : Med-Écho*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006 Source : OPERA*
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total de la hanche	273	328	370
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total du genou	363	407	474
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	4 076	4 278	5 173
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	13 637	16 702	17 114
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	9 285	9 759	12 380

Commentaires

Mise en garde :
Le fait de suivre les cibles 2005-2006 avec l'information issue d'un système de production du bloc opératoire entraîne une surestimation des résultats. Plusieurs niveaux de validation additionnels réalisés dans la banque de données MED-ÉCHO soustraient un certain nombre de cas enregistrés dans nos résultats. Ainsi, les résultats présentés sont fiables selon la source de données utilisée, mais sont sujets à modification avec les résultats qui seront extraits de la banque MED-ÉCHO plusieurs mois après la fin de l'année financière.

En 2005-2006, les cibles de production des chirurgies visées ont toutes été atteintes par les établissements concernés dans la région. Même en appliquant l'écart observé dans les deux dernières années entre les deux sources de données, les cibles sont atteintes sauf en ce qui concerne la production de chirurgies d'un jour. En appliquant la correction de données aux résultats de 2005-2006, la région a produit 977 chirurgies de la cataracte de plus que la cible, de même que 962 chirurgies avec hospitalisation supplémentaires et de 73 chirurgies pour prothèses totales du genou ou de la hanche et ce, représentant toujours une production supplémentaire aux cibles 2005-2006.

Grâce entre autres à l'augmentation de la production en 2005-2006, le volume de patients en attente pour des périodes excédant 6 mois (hors délais) dans la région a diminué de façon marquée pour tous les indicateurs, soient : de 46 % pour la prothèse du genou ; de 43 % pour les prothèse de la hanche ; de 92 % pour la chirurgie de la cataracte ; de 9 % pour l'ensemble de la chirurgie d'un jour et de 44 % pour l'ensemble de la chirurgie hospitalisée.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006. Cibles corrigées à la hausse après signature de l'entente.

3.10 PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES

3.10.1 Gestion des ressources humaines

Planification de la main-d'œuvre salariée

Portrait régional au 31 mars 2006

Dans le cadre de la loi 83, les agences doivent désormais faire parvenir au MSSS un état de situation régional en terme de pénurie ainsi que de vulnérabilité sur un horizon de trois ans afin de connaître les problématiques propres à chacune des régions par rapport à la disponibilité de leur main-d'œuvre.

Initialement, la définition de pénurie réfère au fait qu'aucune ressource ne soit disponible à l'interne et à l'externe pour combler un poste réputé vacant et que l'établissement doit avoir recours à du temps supplémentaire ou de la main-d'œuvre indépendante. Il faut toutefois comprendre que ces indicateurs ne peuvent déterminer à eux seuls l'état de pénurie sans une analyse plus approfondie concernant, entre autres, la précarité de l'emploi, l'organisation du travail et le nombre de finissants disponibles chaque année pour chaque titre d'emploi.

Titre d'emploi	Nb postes vacants TC	Nb postes vacants TPR	Nb départs 2005-2006	Nb départs 2006-2007	Nb départs 2007-2008
	Pénurie		Vulnérabilité		
Infirmière	2	14 (4/14)	140	168	248
Infirmière auxiliaire	--	2 (4/14)	72	66	111
Préposé aux bénéficiaire	--	--	113	117	139
Auxiliaire familiale	--	--	18	13	11
Pharmacien	3	--	2	2	3
Physiothérapeute	--	--	6	5	7
Ergothérapeute	1	1 (6/14)	0	0	3
Audiologiste-orthophoniste	3	1 (4/14) 1 (8/14) 3 (6/14)	0	0	4
Inhalothérapeute	--	--	14	11	12
Biochimiste clinique	--	--	2	5	3
Travailleur social	--	--	2	1	0
Technicien laboratoire et imagerie médicale	--	1 (2/14)	16	28	22
Autres	--	--	5	1	7
Total	9	23	390	417	570

N.B. Les fractions, ex : 4/14, signifient le nombre de jours de travail offerts par quatorze jours.

Alliance avec les établissements d'enseignement

Le renouvellement d'une main-d'œuvre qualifiée en quantité suffisante constitue l'enjeu commun majeur des ministères de la santé et de l'éducation pour les quinze prochaines années tant sur le plan de la planification que du développement de la main-d'œuvre. Dans cette foulée, l'Agence soutient les actions suivantes des établissements d'enseignement pour contrer la pénurie éminente de main-d'œuvre en vue de:

- l'obtention pour l'Université du Québec à Trois-Rivières d'un financement adéquat pour la réalisation des stages en sciences infirmière ;
- l'obtention pour l'École commerciale du Cap du programme de formation collégiale en techniques d'inhalothérapie ;
- l'obtention pour le Collège Laflèche du programme de formation collégial en techniques de radiodiagnostic.

Promotion, recrutement et rétention

Les principales stratégies régionales en matière de promotion, recrutement et rétention ont été :

- renouvellement de l'adhésion au site de recrutement en ligne : 194 offres d'emploi ont été affichées en 2005 par les établissements de la région ;

- participation de l'Agence avec les établissements de la région à sept carrefours d'emploi destinés aux chercheurs d'emploi : 261 curriculum vitae ont été recueillis sur place et 63 sont parvenus par courrier à l'Agence en cours d'année ;

- première participation de l'Agence à la Journée carrière des pharmaciens afin de promouvoir les établissements de la région à l'ensemble des étudiants : 73 mallettes promotionnelles ont été distribuées ;

- deux publicités commanditées par l'Agence dans Le Nouvelliste sur les établissements et leurs emplois soit le cahier spécial sur *Les 200 plus grands employeurs Mauricie et Centre-du-Québec* et le cahier spécial *Emploi-Québec* ;

- rencontre des finissants du programme de perfectionnement en sciences infirmières de l'UQTR, en mars dernier, afin de promouvoir le profil de compétence de l'infirmière détentrice d'un baccalauréat en sciences infirmières.

Participaient à la Journée Carrière en santé des cégeps de la région de Québec : Isabelle Harvey du CHRTR, Maryse Saucier du CSSS d'Arthabaska-Érable et René Bureau du CSSS de l'Énergie.

Coordination régionale des stages

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, de développement d'une culture de la relève et de disponibilité de places de stages de qualité en quantité suffisante, les directeurs généraux des établissements de santé et de l'éducation ont délégué respectivement en octobre 2005, leurs directeurs des ressources humaines et leurs directeurs d'études pour former *La table de concertation régionale pour les stages en soins infirmiers*. Au-delà de la concertation sur les orientations ministérielles en matière de planification des stages, les membres souhaitent également partager une vision stratégique de l'adéquation des besoins des deux réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation et émettre, le cas échéant, des avis pertinents à l'attention de l'Agence.

Réorganisation du travail et la Loi 90 modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé

Dans le cadre du programme de soutien à l'organisation du travail du MSSS 2005, l'Agence a déposé deux projets : le CHRTR a obtenu une subvention de 263 000 $ sur deux ans pour le projet retenu intitulé *Projet clinique pour les clientèles atteintes d'insuffisance rénale et Organisation du travail pour le Programme régional de néphrologie.*

L'Agence a effectué en octobre 2005 le recensement régional et la compilation des activités confiées à des non-professionnels ainsi que des principaux services requis par la clientèle

provenant des résidences intermédiaires (RI) et de types familiales (RTF). Depuis l'Agence a déposé à la Table des directeurs généraux en février 2006, une proposition d'application de la loi 90 pour l'activité concernant l'administration des médicaments accompagnée des sept recommandations du groupe de travail.

Planification de la relève du personnel d'encadrement

Relève du personnel d'encadrement intermédiaire

Les établissements ont reçu un soutien financier de l'Agence afin de permettre la participation de 162 personnes aux micro-programmes de 1er et 2e cycles en gestion et développement des organisations dispensés par l'Université Laval. Composé en proportion quasi identique de professionnels candidats de la relève et de cadres intermédiaires de moins de deux ans d'expérience, ce groupe se veut une mesure régionale concrète destinée à répondre aux besoins de main-d'œuvre en personnel d'encadrement.

Enfin, la direction générale de l'Agence et les directeurs généraux d'établissements ont convenu de donner une suite aux micro-programmes de formation de la relève des cadres intermédiaires afin de permettre aux participants d'obtenir le diplôme de fin d'études.

Orientations régionales en matière de mobilisation, de développement des compétences et de dotation du personnel d'encadrement pour 2004-2007

Au regard de l'application de la loi 25 et des orientations régionales adoptées par le conseil d'administration de l'Agence en matière de mobilisation, de développement des compétences et de dotation du personnel d'encadrement pour 2004-2007, les activités régionales de lancement et de mise à niveau ont rejoint 78 membres de conseil d'administration d'établissements, 68 cadres supérieurs, 175 cadres intermédiaires et 120 participants provenant des exécutifs des commissions infirmières et infirmiers, des conseils multidisciplinaires et des professionnels de l'Agence.

Dans le but de soutenir les établissements dans l'implantation des réseaux locaux de services, les activités de formation de type «déjeuner rencontre» animées par monsieur Michel Arcand de l'UQTR ont permis à 194 cadres intermédiaires et supérieurs de se familiariser avec la gestion stratégique du changement. Des séminaires sur le même thème et avec le même animateur ont été réalisés dans deux établissements.

Assurance-salaire

La région termine l'année 2005-2006 avec un ratio des heures de l'assurance-salaire sur les heures travaillées de 5,44 %, soit légèrement supérieur à la cible régionale de 5,40 % fixée par le Ministère.

On constate que huit établissements ont atteint ou presque leur cible, trois établissements avaient un certain travail à faire pour rencontrer leur cible tandis que deux établissements étaient en difficulté importante à la fin de l'année.

Fiche de reddition de comptes	
Axe:	**Personnel du réseau et du Ministère**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006 Source : CIFINO*
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,38	5,4	5,4

Commentaires

La cible régionale de 2005-2006 a été atteinte grâce aux efforts déployés par l'ensemble des établissements. Au 31 mars 2006 nous avions cinq établissements qui ont atteint leur cible annuelle, trois établissements avaient un léger écart supérieur à leur cible, trois autres établissements avaient un écart de dépassement qui se situait entre 7,5 % et 14,9 % tandis que nous avons deux établissements en plus grande difficulté avec des écarts de dépassement de 23,9 % et 51,5 %.

Pour l'année 2006-2007, la cible régionale a été fixée à 5,3 %. Les enjeux pour la prochaine année sont en lien direct avec l'actualisation des projets de Lois 25, 30, 83 et 142 qui auront un impact direct sur les employés du réseau et qui risquent d'influencer les ratios d'assurance-salaire des établissements.

Les actions à entreprendre pour 2006-2007 sont des suivis particuliers pour certains établissements et une révision des plans d'action en santé et sécurité au travail, en tenant compte de la nouvelle structure des centres de santé et de services sociaux.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Développement et maintien des compétences des ressources humaines réseau

Programme de formation en psychiatrie des médecins omnipraticiens

Une nouvelle cohorte de 45 médecins omnipraticiens de la région a débuté le programme régional de formation en psychiatrie. Rappelons que l'Agence soutient financièrement la réalisation du programme de formation de 26 jours de formation échelonné sur deux ans.

Programme de formation des intervenants pivots en oncologie

Le programme de formation des intervenants pivots en oncologie s'est poursuivi dans le cadre d'activités de formation visant à développer l'interdisciplinarité et le travail de *coaching* en co-développement.

Programme de formation auprès des intervenants désignés pour le suicide

Suite à une évaluation de besoins, des activités de formation en co-développement ont permis aux intervenants désignés pour le suicide de se mettre davantage en réseau. De plus, des activités régionales de formation ont contribué au développement de l'expertise de ces professionnels.

Application de la loi 30

L'application de la loi 30 sur le regroupement des unités de négociation et sur la négociation locale a eu des effets importants sur le terrain.

Le regroupement des unités de négociation a permis de passer de 284 à 54 accréditations syndicales pour un maximum de quatre accréditations par établissement. La nouvelle représentation syndicale régionale qui répartit les 14 043 salariés se lit comme suit :

CSN	CSQ	FTQ	FIIQ	APTS	SEHA	CSD
50 % (7 022)	14 % (1 932)	12 % (1 715)	12 % 1 714)	9 % (1 252)	2 % (247)	1 % (151)

Tous les établissements ont commencé les travaux sur les 26 points de la négociation locale. La conclusion sera connue en 2006-2007.

Le regroupement des unités de négociation a permis de passer de 284 à 54 accréditations syndicales pour un maximum de quatre accréditations par établissement.

Indicateurs de gestion des ressources humaines

Membre actif du Groupe de travail ministériel sur les indicateurs de gestion, l'Agence supporte l'orientation ministérielle en matière de planification la main-d'œuvre soit d'offrir aux gestionnaires des établissements l'occasion de documenter le comportement de la main-d'œuvre en terme d'heures travaillées et non travaillées, d'évaluer leur situation par rapport à des établissements comparables, de soulever des questionnements judicieux sur les pratiques en matière de gestion et d'organisation du travail et d'identifier des pistes d'action pour assurer l'utilisation optimale de leurs ressources humaines. Les documents produits cette année sont :

- indicateurs de pénurie d'infirmières – version révisée ;
- indicateurs en ressources humaines – disponibilité, vulnérabilité, attraction et rétention.

Sécurité et stabilité d'emploi

Dans le cadre des activités de la sécurité d'emploi, nous avions au 31 mars 2006, neuf personnes inscrites au Service régional de la main-d'œuvre (SRMO). Elles se répartissent comme suit : trois personnes dans le secteur technique, une personne secteur bureau et cinq infirmières auxiliaires.

En ce qui concerne la stabilité d'emploi, il n'y avait aucun cadre bénéficiant de mesures de replacement au 31 mars 2006.

Mesures administratives spéciales

Afin d'assurer une disponibilité de la main-d'œuvre pour les services à la population, le Ministère a autorisé trois types de mesures administratives spéciales.

La première visait les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les inhalothérapeutes. Elle était en vigueur durant l'été 2005 et elle a représenté des dépenses de 619 333 $ pour les établissements ciblés de la région.

La deuxième mesure visait les pharmaciens par l'actualisation d'un forfait d'installation à certains établissements pour l'embauche de pharmaciens à temps complet sur un poste régulier

et seulement si ces nominations étaient de nature à stabiliser les effectifs en pharmacie et éviter une rupture de service. Dix forfaits d'installation ont été autorisés et subventionnés par le MSSS pour un budget total de 100 000 $.

La troisième mesure avait comme objectif l'accès au service de radio-oncologie avec un délai d'attente maximal de 4 semaines. Il s'agissait d'un projet provincial où chaque technologue était invité à donner une garantie pour faire 113.5 heures en temps supplémentaire en plus de la semaine régulière de travail de 35 heures. La dépense régionale pour cette mesure a été environ de 220 000 $ et était assumée à 50 % par le Ministère.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Prestation sécuritaire des services**
Objectifs de résultats 2005-2010	Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* [1] 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion du risque et de la qualité	15	15 sur 15	15
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	15	15 sur 15	15
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	15	15 sur 15	15
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	15	15 sur 15	15
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	15	15 sur 15	15

Commentaires

Tous les établissements de la région ont atteint la cible pour l'ensemble des indicateurs. Ces résultats ont été atteints dans un contexte de fusion d'établissements, lequel n'a pas simplifié la mise en place des structures et des processus prévus par la loi pour assurer la prestation sécuritaire des services (systèmes de déclaration et de gestion des incidents-accidents différents d'une installation à l'autre, réorganisation du comité de gestion des risques à partir de comités déjà constitués par les anciens établissements, etc.)

Les cibles étant atteintes, il sera intéressant de mettre en œuvre des moyens concrets pour soutenir les établissements dans leur mandat de prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, notamment la formation à l'intention des membres des comités de gestion des risques et le développement d'un système d'information sur la gestion des risques.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

[1] La cible étant 100 % des établissements, inscrire dans cette colonne le nombre total d'établissements de la région pour pouvoir juger du degré d'atteinte de la mesure.

3.10.2 Gestion des ressources informationnelles

Un nouveau modèle d'organisation des services de santé et des services sociaux a été adopté en 2004 par le conseil d'administration de l'Agence et entériné par le gouvernement. Ce modèle représente la dynamique souhaitée autour des réseaux locaux de services (RLS) intégrés. Il vise à améliorer la qualité des services notamment l'accès et la continuité des services. Cette dynamique sous-tend une révision de notre conception de l'organisation et de la gestion des ressources informationnelles en soutien aux RLS.

Le plan stratégique régional des ressources informationnelles soulève des enjeux de différents ordres. Sans être exhaustif, mentionnons les enjeux à l'égard du financement des priorités, à la gestion du changement que chaque volet implique, à la coordination des projets lors de leur mise en œuvre et à l'optimisation de l'organisation et de la gestion des ressources informationnelles. Par ailleurs, chaque volet que revêt le plan stratégique doit faire l'objet d'un processus décisionnel distinct, rigoureux et qui suscite l'adhésion de l'ensemble des acteurs impliqués à son actualisation.

De plus, soulignons que tous les établissements de la région et l'Agence se sont dotés d'un système administratif commun suite à un processus d'appel d'offres conduit par la CSRA. Il s'agit d'une première québécoise où un réseau régional de la santé et des services sociaux partagera une même solution informatique pour les systèmes administratifs, à savoir la gestion des ressources financières, humaines, les paies et les approvisionnements.

3.11 GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

En 2005-2006, l'enveloppe budgétaire de maintien des actifs immobiliers a été établie à 6 345 574 $. Cette enveloppe a été distribuée entre les établissements en fonction de la valeur de remplacement des actifs immobiliers. De cette somme, un montant de 634 574 $ a été réservé afin de supporter des projets prioritaires.

La région a également obtenu une enveloppe de 3 049 745 $ pour initier des travaux de rénovation fonctionnelle dans les installations autres que celles de type CHSLD. Les travaux ciblés visent à corriger les problématiques reliées aux maladies infectieuses, à installer des équipements médicaux généraux et spécialisés et à faciliter le regroupement des activités.

En décembre 2005, l'Agence transmettait au Ministère un plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées qui devrait généré des investissements significatifs en matière d'immobilisations dans les installations de type CHSLD.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Gestion des bâtiments et des équipements
Objectifs de résultats	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	23,5	23,5	ND
Consommation en giga joules par mètre carré	1,60	1,60	1,55

Commentaires

Taux des dépenses en administration et en soutien aux services :
La cible visée par établissement est en dollars et non en pourcentage. Cette cible 2010 est mentionnée dans le budget des établissements. Les données permettant de mesurer le résultat de cet indicateur seront disponibles en juillet 2006 suite à la réception des rapports financiers annuels des établissements

Consommation d'énergie :
L'hiver plus doux, de l'exercice 2005-2006, a permis d'enregistrer de meilleurs résultats sur la consommation d'énergie que ceux attendus.

Le ministère a souscrit l'an dernier à l'objectif de l'Agence de l'efficacité énergétique de réduire de 14 % le niveau de consommation énergétique exprimé en giga joules par mètre carré sur une période de cinq ans. Cette cible de réduction pourrait être revue pour notre région par le ministère puisque la diminution demandée est relativement importante lorsque qu'on considère que des projets majeurs ont été réalisés au début des années 2000, abaissant ainsi le potentiel possible. Dans le cadre de cette orientation, la région a effectué une démarche permettant d'identifier les économies potentielles pour chaque site de chaque établissement. La réalisation des projets qui en découlent se fera au cours de l'exercice 2006-2007. Ainsi, les diminutions seront plus importantes à compter de 2007-2008.

Une mise en garde est nécessaire sur les variations enregistrées par la mesure actuelle de la consommation d'énergie des établissements pour l'exercice 2005-2006. En effet, la croissance des services et les modifications nécessaires aux bâtiments actuels suite aux nouvelles normes de construction entraînent une augmentation de la consommation réelle d'énergie des établissements concernés. Ainsi, la diminution enregistrée pour la région en 2005-2006 est moins importante que celle espérée par rapport à 2002-2003, principalement parce que les données sont peu comparables.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006. Consommation : correspond au niveau d'engagement requis par le MSSS pour notre région.

CHAPITRE 4 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

En 2005-2006, l'Agence de la santé et des services sociaux reconnaît 222 ressources à titre d'organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'Agence alloue du financement à 211 ressources communautaires par le biais du Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) ainsi qu'à 17 organismes uniquement par ententes spécifiques (budget Hors-SOC). Ce sont donc 228 organismes communautaires qui ont été financés par l'Agence pour cette période.

Secteur	Organismes financés
Services à la communauté	**117**
Alcoolisme et toxicomanie	14
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	11
Déficience physique	13
Déficience intellectuelle	7
Déficiences multiples	10
Troubles envahissants du développement	3
Centres d'action bénévole	15
Hébergement mixte	3
Santé physique	10
Personnes démunies	26
Assistance et accompagnement	1
VIH-Sida	3
Cancer	1
Services à la jeunesse	**54**
Organismes de justice alternative	7
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2
Autres ressources jeunesse	14
Maisons de jeunes	31
Santé mentale	**27**
Maintien à domicile	**6**
Services aux femmes et aux hommes en difficulté	**23**
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	7
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	4
Centres de femmes	7
Autres ressources pour femmes	1
Ressources pour hommes	4
Concertation régionale	**1**
Sous-total	**228**
- Organismes financés exclusivement Hors-SOC	(17)
Nombre d'organismes financés au Programme SOC	**211**

4.1 SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Voici le bilan des principales réalisations en 2005-2006 dans le volet **soutien aux organismes communautaires**.

- Poursuite des travaux de mise en œuvre de la politique gouvernementale *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec.*

Ce sont 228 organismes communautaires qui ont été financés par l'Agence pour cette période.

- Collaboration aux travaux d'harmonisation du Programme de soutien aux organismes communautaires. L'Agence a participé aux différents travaux visant à harmoniser les pratiques de la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires, notamment en procédant à l'analyse des duplications d'organismes et à l'application des nouvelles catégories d'organismes rattachées aux programmes-services.

- Mise en œuvre et suivi des plans communautaires en itinérance dans le cadre de la deuxième phase de l'*Initiative de partenariats en action communautaire* (IPAC-phase II), pour les villes de Trois-Rivières et Drummondville. Une étape d'évaluation de la mise en œuvre a aussi été amorcée ainsi que des travaux relatifs à l'année de prolongation du programme.

- Contribution à différents dossiers de l'Agence, où une représentation relative aux enjeux du milieu communautaire était nécessaire (travaux relatifs à l'implantation des réseaux locaux de services, tournée de sensibilisation au processus de traitement des plaintes et plan régional contre la pandémie d'influenza).

4.1.1 Augmentation du budget destiné aux organismes communautaires

Le budget total alloué aux organismes financés par l'Agence est passé de 23 726 963 $ au 1er avril 2005 à 25 526 402 $ au 31 mars 2006. Voici, globalement, les investissements faits dans ce secteur en 2005-2006 :

- une indexation annuelle de 2,2 % pour les groupes recevant un financement en mission globale (469 866 $) ainsi que par ententes spécifiques (68 720 $), pour un montant total de 538 586 $.

Le budget total alloué aux organismes financés par l'Agence est passé de 23 726 963 $ au 1er avril 2005 à 25 526 402 $ au 31 mars 2006.

- une somme de 54 000 $ (annualisée à 102 000 $ à compter de 2006-2007) a été versée dans l'enveloppe du Programme SOC. Ce montant a permis de rehausser le financement de 29 organismes communautaires.

- le Regroupement des organismes de base en santé mentale région 04-17 (ROBSM) a vu sa subvention rehaussée cette année, de façon non récurrente, de 12 546 $.

- une allocation supplémentaire de 271 709 $ a été octroyée afin de consolider le financement des organismes communautaires qui offrent des services dans le domaine de la violence conjugale.

- la Résidence L'Entre-deux s'est vu allouer un montant de 335 135 $ pour le soutien financier de son deuxième site.

- le Pavillon de l'Assuétude s'est vu octroyer un financement supplémentaire de 13 500 $ pour la consolidation du point de service de Drummondville.

- le réaménagement de sommes devenues disponibles en cours d'année a permis à vingt organismes de voir leur financement à la mission globale rehaussé, pour un total de 102 533 $.

Pour l'année financière 2005-2006, 239 demandes de financement au Programme SOC ont été déposées à l'Agence. Des subventions ayant été accordées à 211 organismes.

L'Agence apporte un soutien financier en mission globale à 211 organismes communautaires afin de leur permettre de réaliser des activités diversifiées, notamment :

- l'accueil, l'écoute, l'évaluation, le support, l'aide, l'accompagnement et la référence ;

- la mise en place et l'animation de groupes d'entraide ;

- l'aide directe à la population : banques alimentaires, prêts de matériels, comptoirs vestimentaires ;

- la réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques : prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements, etc. ;

- le soutien à la réinsertion sociale ;

- l'hébergement pour différents groupes de la population : femmes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes alcooliques ou toxicomanes, personnes atteintes du SIDA ou de la maladie d'Alzheimer, personnes itinérantes, etc. ;

- la concertation régionale des organismes communautaires ;

- le soutien et l'accompagnement des individus qui désirent déposer une plainte relativement aux services reçus.

Les organismes communautaires de la Mauricie et du Centre-du-Québec assument un rôle de premier plan dans le domaine de la santé et des services sociaux en assurant à l'ensemble de la population de la région des activités et services variés.

4.1.2 Cadre de gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires

Chaque demande de financement répondant aux critères a été analysée par l'Agence, en fonction des budgets disponibles, des priorités provinciales et régionales et selon les critères reconnus par le cadre de gestion du Programme SOC. Les montants alloués aux organismes ont été attribués en conformité avec les balises reconnues par le Programme SOC, les orientations ministérielles et le *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. Chaque organisme financé a fait l'objet d'un suivi relativement à ses obligations de reddition de comptes. De plus, six organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier, compte tenu de problèmes ou difficultés rencontrées.

Comme chaque année, une attention particulière est portée à la reddition de comptes que doivent produire les organismes communautaires subventionnés. La procédure établie est la suivante :

- un suivi des dossiers est effectué lors de la réception des demandes de subvention, pour tous les organismes tenus d'expédier les documents de reddition de comptes ;
- une lettre de rappel relativement à ces mêmes obligations est envoyée à la fin du printemps ;
- un avis écrit est expédié aux organismes retardataires afin qu'ils se conforment aux obligations relatives à la reddition de comptes ;
- une relance téléphonique est effectuée auprès des organismes concernés, si nécessaire.

CHAPITRE 5 LES DONNÉES FINANCIÈRES

5.1 RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

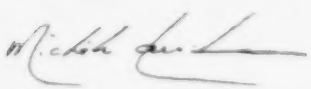
Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information présentée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

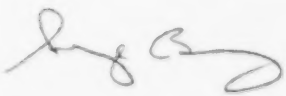
L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada et son rapport expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.



Présidente-directrice générale



Directeur des services administratifs et des communications

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

5.2 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec au 31 mars 2006 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 26 mai 2006. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance

Renaud Lachance, CA
Québec, le 14 juillet 2006

Résultats du fonds d'exploitation et des activités accessoires de l'exercice terminé le 31 mars 2006

		Activités principales		Activités accessoires	
PRODUITS		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
Subventions MSSS :					
- Budget signifié	01	9 832 711	9 646 509	82 970	71 838
- (Diminution) ou augmentation du financement	02	(157 808)	751 638	2 531	(1 197)
Total (L. 01+ L.02)	03	9 674 903	10 398 147	85 501	70 641
Revenus d'intérêts	04	35 589	40 084		
Revenus commerciaux	05				
Revenus d'autres sources:					
- Contributions de l'avoir-propre	06	180 671			
- Contributions de fonds affectés	07		12 240		
- Contributions du fonds des activités régionalisées	08				
- Autres	09	679 266	803 835		
TOTAL (L.03 à L.09)	10	10 570 429	11 254 306	85 501	70 641
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS					
Charges d'exploitation:					
- Salaires - personnel cadre	11	785 504	817 621	23 939	
- Salaires - personnel autre	12	5 181 016	5 067 087	15 282	47 379
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	13	139 457	181 534	6 469	
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	14	963 611	1 046 795	7 982	8 435
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	15	21 413	7 369	7 068	
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	16	297 317	1 162 911	2 483	1 664
- Charges sociales - personnel cadre	17	79 675	85 066	5 129	
- Charges sociales - personnel autre	18	676 524	712 683	2 680	5 260
	19				
- Frais de déplacement et d'inscription	20	270 969	168 583	1 795	2 767
- Services achetés	21	677 478	618 547	8 335	
- Communications	22	184 264	223 430		310
- Loyer	23	779 162	620 171		
- Location d'équipement	24	55 705	52 905		
- Fournitures de bureau	25	83 071	76 854		
- Autres frais	26	176 114	125 183		
- Charges non réparties	27		29 799		
- Transfert de frais généraux	28		(4 826)		4 826
- Charges extraordinaires	29				
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.29)	30	10 371 280	10 991 712	81 162	70 641
Dépenses d'immobilisations	31	199 149	161 536	4 339	
TOTAL (L.30 + L.31)	32	10 570 429	11 153 248	85 501	70 641
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.32)	33	0	101 058	0	0

Résultats du fonds des activités régionalisées de l'exercice terminé le 31 mars 2006

		Exercice courant $	Exercice précédent $
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	2 524 022	1 943 747
Contributions des établissements	02		
Revenus d'intérêts	03	2 665	
Contributions du fonds d'exploitation	04		
Contributions de fonds affectés	05	807 913	3 311
Revenus d'autres sources	06	95 076	352 128
Total (L.01 à L.06)	07	3 429 676	2 299 186
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Charges d'exploitation :			
- Salaires - personnel cadre	08	90 142	43 604
- Salaires - personnel autre	09	667 964	594 525
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	10	7 433	6 526
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	11	108 732	110 440
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	12	557	538
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	13	13 793	26 676
- Charges sociales - personnel cadre	14	10 742	5 931
- Charges sociales - personnel autre	15	87 150	80 254
- Frais de déplacement et d'inscription	16	34 714	40 607
- Services achetés	17	1 178 145	559 788
- Communications	18	83 979	62 592
- Loyer	19	95 140	49 435
- Location d'équipement	20	3 347	4 323
- Fournitures de bureau	21	34 637	8 697
- Autres frais	22	473 811	495 243
- Transferts de frais généraux	23		
- Contributions au fonds d'exploitation	24		
- Contributions à des fonds affectés	25		
- Autres	26	5 000	
Total des charges d'exploitation (L.08 à L.26)	27	2 895 286	2 089 179
Dépenses d'immobilisations	28	764 610	88 586
TOTAL (L.27 + L.28)	29	3 659 896	2 177 765
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.07 - L.29)	30	(230 220)	121 421

Solde de fonds du fonds d'exploitation de l'exercice terminé le 31 mars 2006

		Fonds d'exploitation			
		Activités principales		Avoir propre	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	95 370	23 770	352 950	320 810
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02		101 058		
Régularisations - analyse financière	03	11 167	8 371		6 402
	04				
Régularisations - autres	05	82 575	13 573		
	06				
Libération de surplus	07			106 537	25 738
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds:					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11				
- Fonds des activités régionalisées	12				
Autres	13				
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	93 742	123 002	106 537	32 140
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16				
Régularisations - analyse financière	17		6 403		
	18				
Régularisations - autres	19	52 042	19 261		
	20				
Libération de surplus	21	106 537	25 738		
Autres	22			180 671	
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	158 579	51 402	180 671	-
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	(64 837)	71 600	(74 134)	32 140
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	30 533	95 370	278 816	352 950

Solde de fonds des fonds d'immobilisations et des activités régionalisées de l'exercice terminé le 31 mars 2006

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	5 289 826	4 106 331	374 616	1 098 848
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02				225 314
Régularisations - analyse financière	03				225 133
	04				
Régularisations - autres	05		1 069 391	344 360	
	06				
Libération de surplus	07				
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds:					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08	199 149	161 536		
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09	4 339			
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11	77 794	54 869		
- Fonds des activités régionalisées	12	764 610	88 586		
Autres	13				
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	1 045 892	1 374 382	344 360	450 447
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16			230 220	103 893
Régularisations - analyse financière	17				
	18				
Régularisations - autres	19	600 361		138 609	1 070 786
	20				
Libération de surplus	21				
Autres	22	938 157	190 888		
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	1 538 518	190 888	368 829	1 174 679
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	(492 626)	1 183 494	(24 469)	(724 232)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	4 797 200	5 289 825	350 147	374 616

Bilan du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées au 31 mars 2006

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF					
À court terme					
Encaisse	01	1 006 434	284 451	65 727	54 396
Débiteurs : - MSSS	02	275 859	1 034 792	982 286	553 535
- Établissements	03				
- Fonds d'exploitation	04				
- Fonds des act. Régionalisées	05				
- Fonds affectés	06			324 854	
- Autres	07	96 534	102 884	5 829	139 973
Intérêts courus	08		1 199		
Taxes à recevoir	09	66 385	96 846	86 032	41 442
Charges payées d'avance	10	149 346	96 440	43 129	106 766
Autres éléments	11	56 835	72 988		
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.11)	12	1 651 393	1 689 600	1 507 857	896 112
Autres éléments d'actif	13	250	250		
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 + L.13)	14	1 651 643	1 689 850	1 507 857	896 112
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15			531 942	454 616
Emprunts de banque	16				
Créditeurs : - MSSS	17				
- Établissements	18				
- Fonds d'exploitation	19				
- Fonds des activités régionalisées	20				
- Fonds affectés	21				
- Autres	22	952 270	1 078 882	281 294	66 880
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	23		1 197		
Autres revenus reportés	24	390 024	161 451	344 474	
Autres éléments	25				
Total – Passif à court terme (L.15 à L.25)	26	1 342 294	1 241 530	1 157 710	521 496
À long terme	27				
TOTAL DU PASSIF (L.26 + L.27)	28	1 342 294	1 241 530	1 157 710	521 496
SOLDE DE FONDS	29	309 349	448 320	350 147	374 616
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	1 651 643	1 689 850	1 507 857	896 112

Bilan du fonds d'immobilisations au 31 mars 2006

		Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF	01		
	02		
Immobilisations	03	4 797 200	5 289 826
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.03)	04	4 797 200	5 289 826
PASSIF			
À court terme			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07		
	08		
À long terme	09		
TOTAL DU PASSIF (L.05 À L.09)	10	0	0
SOLDE DE FONDS	11	4 797 200	5 289 826
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	4 797 200	5 289 826

Bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2006

ACTIF **À court terme**		Exercice courant $	Exercice précédent $
Encaisse	01	5 472 629	3 187 408
Débiteurs : - MSSS	02	27 787 448	28 466 824
- MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	03	181 466	196 958
- Établissements	04	11 899 011	14 455 435
- Fonds d'exploitation	05		
- Fonds des activités régionalisées	06		
- Taxes à recevoir	07	29 098	66 168
- Autres	08	270 362	156 032
Intérêts courus	09		4 158
Autres éléments	10	181 364	518 217
Total - Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	45 821 378	47 051 200
À long terme - Enveloppes décentralisées	12	91 291 033	97 330 582
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 + L.11)	13	137 112 411	144 381 782
PASSIF **À court terme**			
Découvert de banque	14	15 136	1 113 315
Emprunts de banque	15	11 899 011	14 317 705
Intérêts sur emprunts à payer	16	181 466	
Créditeurs et charges à payer : - Établissements	17	23 237 619	20 692 446
- Organismes	18	5 490	61 561
- Fonds d'exploitation	19		
- Fonds des activités régionalisées	20	324 854	
- Autres	21	2 241 755	2 144 372
Subventions reportées	22	267 768	208 277
Autres éléments	23		24 684
Total - Passif à court terme (L.14 à L.23)	24	38 173 099	38 562 360
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	25	91 291 033	97 330 582
TOTAL DU PASSIF (L.24 + L.25)	26	129 464 132	135 892 942
SOLDE DE FONDS	27	7 648 279	8 488 840
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26+L.27)	28	137 112 411	144 381 782

Solde de fonds combiné des fonds affectés au 31 mars 2006

		Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE DU DÉBUT	01	8 488 840	1 316 957
Récupération par le Ministère	02	(121 240)	
Solde du début après récupération (L.01 - L.02)	03	8 610 080	1 316 957
AUGMENTATION			
MSSS	04	47 086 800	43 948 375
Subvention pour intérêts sur emprunts	05	6 120 726	6 929 615
Revenus d'intérêt	06	159 834	72 262
Contributions du fonds d'exploitation	07		
Contributions du fonds des activités régionalisées	08		
Autres	09	7 243 055	13 538 993
TOTAL (L.04 à L.09)	10	60 610 415	64 489 245
DIMINUTION			
Attributions :			
- Établissements	11	24 290 698	21 623 720
- Organismes	12	181 479	243 972
Intérêts sur emprunts	13	6 120 726	6 929 615
Contributions au fonds d'exploitation	14		12 240
Contributions au fonds des activités régionalisées	15	807 913	3 311
Charges d'exploitation :			
- Salaires	16	197 540	237 389
- Avantages sociaux	17	33 011	43 847
- Charges sociales	18	26 883	30 074
- Frais de déplacement et d'inscription	19		20 479
- Services achetés	20	323 723	731 660
- Location d'équipement	21		235
- Fournitures de bureau	22	10 804	23 967
- Autres charges d'exploitation	23	295 639	2 990 021
Dépenses d'immobilisations	24	77 794	54 869
Autres	25	29 206 006	24 371 963
TOTAL (L.11 à L.25)	26	61 572 216	57 317 362
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L. 10 – L.26)	27	7 648 279	8 488 840

Analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés immobilisations et équipements au 31 mars 2006

		Fonds des immobilisations		Fonds des équipements	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	3 351 467	-	2 179 707	
Récupération par le Ministère	02				
Solde du début après récupération (L.01 - L.02)	03	3 351 467	-	2 179 707	-
PROVENANCE					
M.S.S.S.	04	13 704 738	11 162 311	11 500 018	12 481 115
Subvention pour intérêts sur emprunts	05	69 506	71 563	6 051 220	6 858 052
Revenus d'intérêts	06	35 957	28 263		
Contributions du fonds d'exploitation	07				
Contributions du fonds des activités régionalisées	08				
Contributions d'autres fonds affectés	09				
Autres	10		888 133		1 977 411
Total (L.04 à L.10)	11	13 810 201	12 150 270	17 551 238	21 316 578
ATTRIBUTIONS					
Établissements	12	13 821 610	8 698 977	10 089 417	12 263 268
Intérêts sur emprunts	13	69 506	71 563	6 051 220	6 858 052
Contributions au fonds d'exploitation	14				12 240
Contributions au fonds des activités régionalisées	15			807 913	3 311
Contributions à d'autres fonds affectés	16				
Charges d'exploitation:					
- Salaires	17				
- Avantages sociaux	18				
- Charges sociales	19				
- Frais de déplacement et d'inscription	20				
- Services achetés	21				
- Location d'équipement	22				
- Fournitures de bureau	23				
- Autres charges d'exploitation	24				
Dépenses d'immobilisations	25				
Autres	26	35 957	28 263		
Total (L.12 à L.26)	27	13 927 073	8 798 803	16 948 550	19 136 871
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.11 - L.27)	28	3 234 595	3 351 467	2 782 395	2 179 707

Analyse de la provenance et de l'utilisation du fonds affectés services préhospitaliers d'urgence et transport d'usagers entre établissements au 31 mars 2006

		Exercice courant	Exercice précédent
		$	$
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	1 390 762	
PROVENANCE			
MSSS	02	17 621 212	16 209 050
SAAQ	03		2 994 936
Revenus autonomes	04	6 612 105	6 843 607
Revenus d'intérêts	05	64 726	
Autres	06	3 188	9 001
Total (L.02 à L.06)	07	24 301 231	26 056 594
ATTRIBUTIONS			
Contrats minimaux de services d'ambulance	08	21 446 413	20 847 535
Particularités régionales	09	119 845	
Éléments rectifiables	10	195 983	308 699
Centre de communication santé	11	1 919 226	1 795 588
Formation	12	199 347	43 198
Assurance qualité	13	241 525	109 353
Allocation de retraite	14	101 337	265 379
Participation au régime de retraite	15	74 000	74 000
Transfert au fonds de VPI	16	68 515	
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	17		
Attribution à des organismes	18		
Ajustements des années antérieures	19	1 208 336	721 590
Premiers répondants	20	36 394	33 013
Déplacement des usagers	21		137 772
Charges d'exploitation :			
- Salaires	22	10 996	78 247
- Avantages sociaux	23	1 775	9 911
- Charges sociales	24	1 242	10 040
- Frais de déplacement et d'inscription	25		2 166
- Services achetés	26	26 911	136 225
- Location d'équipement	27		235
- Fournitures de bureau	28	10 804	23 967
- Autres charges d'exploitation	29	386	30 716
Dépenses d'immobilisations	30	149	31 425
Autres	31	4 422	6 773
Total (L.08 à L.31)	32	25 667 606	24 665 832
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.07 - L.32)	33	24 387	1 390 762

État d'allocation des enveloppes régionales de crédits de l'exercice terminé le 31 mars 2006

		Exercice courant	Exercice précédent
		$	$
ENVELOPPE RÉGIONALE Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R, excluant celui de la ligne 02	01	756 049 869	719 930 818
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	02	21 363 025	19 477 913
Montant de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R (L.01 + L.02)	03	777 412 894	739 408 731
Autres	04		
TOTAL (L. 03 et L.04)	05	777 412 894	739 408 731
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE Allocations aux établissements	06	718 741 820	686 776 582
Allocations aux organismes communautaires	07	26 961 007	24 823 575
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	08	7 358 745	6 115 826
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 06 à L. 08)	09	753 061 572	717 715 983
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant attribué	10	21 201 359	18 658 076
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant reporté	11	161 666	
Autres	12	2 988 297	2 214 835
Total des affectations (L.09 à L.12)	13	777 412 894	738 588 894
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Solde non attribué	14		819 837
TOTAL (L.13 + L.14)	15	777 412 894	739 408 731
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.05 - L.15)	16	-	-

NOTE 1 - CONSTITUTION, OBJETS ET CHANGEMENT DE NOM

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre32). Elle succède à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des revenus et des dépenses au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;

vii) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent par d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

ix) Les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée;

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé.

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 3.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;
ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;
ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestation déterminée gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestation déterminées.

NOTE 3 - FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2006	2005
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	203 487 $	194 331 $
Produit de disposition d'immobilisations		
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	764 610	55 791
Produit de disposition d'immobilisations		
Fonds d'immobilisations :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	1 045 891	304 991
Produit de disposition d'immobilisations		
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	77 794 $	54 869 $
Produit de disposition d'immobilisations		

NOTE 4 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 16 000 000 $, au taux de base moins 1%, lequel est de 4,5% à la date du bilan dont 11 899 011 $ de la marge est utilisée au 31 mars 2006. La convention de crédit est renégociable le 27 mars 2007.

NOTE 5 - DETTE À LONG TERME

	2006	2005
Corporation d'hébergement Québec :		
Marge de crédit (CHQ) d'un montant autorisé de 89 000 000 $, portant intérêt au taux préférentiel moins 1 % et venant à échéance le 31 mars 2023. Le taux préférentiel au 31 mars 2006 est de 4,17143%	2 082 343 $	4 215 017 $
Marge de crédit (CHQ), portant intérêt au taux préférentiel moins 1% Le taux préférentiel au 31 mars 2006 est de 4,17143%	1 990 762	1 851 276
Sous-total	**4 073 105 $**	**6 066 293 $**

NOTE 5 - DETTE À LONG TERME (SUITE)

	2006	2005
Sous-total	4 073 105 $	6 066 293 $
Financement-Québec :		
Emprunt de 101 380 196 $, remboursables par versements annuels variables de capital, échéant en mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66% et 9,82%, est payable semestriellement.	25 864 473	35 595 088
Emprunt de 4 447 600 $, remboursables par versements annuels de capital de 635 371 $, échéant en octobre 2007. L'intérêt au taux de 5,704% est payable semestriellement.	1 270 743	1 906 114
Emprunt de 16 701 600 $, remboursables par versements annuels de capital de 668 064 $ et un versement final de 7 348 704$, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,306% est payable semestriellement.	13 361 280	14 029 344
Emprunt de 13 917 356 $, remboursables par versements annuels de capital de 786 849 $ et un versement final de 6 048 863$, échéant en novembre 2012. L'intérêt au taux de 6,064% est payable semestriellement.	10 769 959	11 556 808
Emprunt de 4 966 274 $, remboursables par versements annuels de capital de 297 740 $ et un versement final de 202 437$, échéant en avril 2019. L'intérêt au taux de 6,514% est payable semestriellement.	4 073 055	4 370 795
Emprunt de 8 210 269 $, remboursables par versements annuels de capital de 483 603 $ et un versement final de 1 923 429$, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,118% est payable semestriellement.	6 275 857	6 759 460
Emprunt de 850 696 $, remboursables par versements annuels de capital de 34 028 $ et un versement final de 544 445$, échéant en octobre 2012. L'intérêt au taux de 5,653% est payable semestriellement.	748 612	782 640
Emprunt de 1 180 151 $, remboursables par versements annuels de capital de 168 593 $, échéant en octobre 2010. L'intérêt au taux de 4,753% est payable semestriellement.	842 965	1 011 559
Sous-total	**67 280 049** $	**82 078 101** $

NOTE 5 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2006	2005
Sous-total	**67 280 049 $**	**82 078 101 $**
Emprunt de 4 004 014 $, remboursables par versements annuels de capital de 253 242 $ et un versement final de 3 244 287$, échéant en juillet 2007. L'intérêt au taux de 3,889% est payable semestriellement.	3 497 529	3 750 772
Emprunt de 12 343 281 $, remboursables par versements annuels de capital de 841 572 $ et un versement final de 8 135 423 $, échéant en décembre 2009. L'intérêt au taux de 4,823% est payable semestriellement.	10 660 138	11 501 709
Emprunt de 9 853 297 $, remboursables par versements annuels de capital de 712 967 $ et un versement final de 5 575 492$, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215% est payable semestriellement.	9 140 329	0
Emprunt de 742 695 $, remboursables par versements annuels de capital de 29 708 $ et un versement final de 564 448 $, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215% est payable semestriellement.	712 988	0
	91 291 033	97 330 582
Tranche échéant à moins d'un an.	5 875 643	6 162 879
Total	**85 415 390 $**	**91 167 703 $**

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2007	5 875 643 $
2008	5 917 580
2009	4 581 058
2010	5 257 980
2011	4 665 624
	26 297 885 $

NOTE 6 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite de l'administration supérieure (RRAS), au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et aux décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentés au rapport financier annuel.

NOTE 7 - PROVISION POUR VACANCES, CONGÉS DE MALADIE, HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les sommes à payer au 31 mars 2006 au regard des banques de vacances, congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2006	2005
Vacances	784 630 $	757 111 $
Congés de maladie	44 023	50 916
Heures supplémentaires	85 598	81 692
	914 251 $	889 719 $

NOTE 8 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 9 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 octobre 2010 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2006 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 717 371$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2007	756 966 $
2008	709 328
2009	709 328
2010	708 661
2011	397 017
	3 281 300 $

NOTE 11 - FIDUCIE KINO-QUÉBEC

L'Agence est nommée gestionnaire de la Fiducie Kino-Québec depuis le 1er juillet 2002. Le rôle de l'Agence en tant qu'établissement fiduciaire est d'assurer une saine gestion de l'enveloppe annuelle qui lui est confiée pour la réalisation des priorités nationales retenues par le comité national.

Les opérations pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 sont les suivantes :

SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	727 775	$
Ajustement exercice antérieur	(99 200)	
	628 575	**$**
PROVENANCE		
M.S.S.S.	125 000	$
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	155 000	
Revenus d'intérêts	14 304	
Vente de matériel	43 623	
	337 927	**$**
ATTRIBUTIONS		
Bourse école active	110 259	$
Campagne marche	50 065	
Plaisir sur glace	16 166	
Municipalité active et autres	47 372	
Soutien au réseau	77 220	
Autochtones -projet pilote coordonnateurs	302 000	
Coordination - services achetés	5 000	
Autres	349	
	608 431	**$**
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	**358 071**	**$**
Encaisse disponible :		
Solde à attribuer à la fin de l'exercice	358 071	$
Comptes à recevoir	(131 669)	
Comptes à payer	1 250	
Encaisse disponible	**227 652**	**$**

5.2.1 Données financières des établissements

Établissements	2004-2005 Financement de l'Agence (1)	2004-2005 Résultats (2)	2005-2006 Financement de l'Agence (1)	2005-2006 Résultats (2)
CSSS du Haut-Saint-Maurice	22 464 124	51 098	22 848 212	82 979
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	17 323 308	826	17 633 103	306 255
CSSS de l'Énergie	102 728 798	(769 159)	105 851 140	1 219
CSSS de Maskinongé	20 217 719	231 484	20 902 750	297 481
CSSS de Trois-Rivières	65 632 749		67 137 125	10 074
CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska	35 023 288	241 067	38 360 888	89 565
CSSS Drummond	87 884 143	(594 826)	91 417 427	(411 862)
CSSS d'Arthabaska-Érable (3)	92 465 959	(549 205)	96 080 125	(383 609)
	443 740 088	(1 388 715)	460 230 770	(7 898)
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	126 099 176	(10 283 461)	130 281 839	(7 116 318)
Centre Jeunesse Mauricie et Centre-du-Québec	42 940 901	(18 981)	44 641 660	(120 471)
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	4 275 884	(17 756)	5 098 086	23 756
Centre de réadaption InterVal	13 509 420	3 512	13 834 005	87 614
Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec	45 387 128	992 258	46 306 799	593 497
Hôpital St-Julien (3)	5 194 260		5 124 944	
	237 406 769	(9 324 428)	245 287 333	(6 531 922)
Foyer Saints-Anges Ham-Nord	1 166 395		1 306 242	
Vigi Santé Ltée (Les Chutes)	3 490 555		3 909 073	
	4 656 950		5 215 315	
	685 803 807	(10 713 143)	710 733 418	(6 539 820)
Somme des résultats d'explotation				
Excédentaires		1 520 245		1 492 440
Déficitaires (2)		(12 233 388)		(8 032 260)
		(10 713 143)		(6 539 820)

(1) Le financement de l'Agence comprend celui des activités principales et accessoires.

(2) Les résultats proviennent du rapport financier annuel de chacun des établissements et non des données préliminaires du mois de mai. Par conséquent, la sommation diffère de celle présentée à la page 117.

(3) Le financement de l'Hôpital St-Julien est présenté séparément de celui du CSSS d'Arthabaska-Érable dû au processus de fermeture.

5.2.2 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Équilibre budgétaire**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Somme des résultats d'exploitation déficitaire de l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2006	12 027 613$	3 528 275$	7 807 048$

Commentaires

L'exercice 2005-2006 représente la 3e année consécutive où une cible déficitaire maximale est autorisée pour notre région. Celle-ci découle du sous financement reconnu par le ministère en 2002-2003 de 300M$ au niveau provincial.

En 2004-2005, le niveau de cible déficitaire maximale autorisée pour la région était de 5 787 500$. Suite aux sommes allouées par le ministère à cet effet, la cible déficitaire maximale 2005-2006 était de 3 528 275$.

La situation financière du réseau des établissements de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est améliorée par rapport à l'exercice 2004-2005. Le dépassement du résultat d'exploitation régional par rapport à la cible déficitaire autorisée est passé de 6 240 113$ (12 027 613$ – 5 787 500$) en 2004-2005 à 4 278 773$ (7 807 048$ – 3 528 275$) en 2005-2006.

Pour les deux exercices présentés, le dépassement par rapport à la cible autorisée est dû à un seul établissement. Au cours du dernier trimestre de l'exercice 2005-2006, des actions ont été prises par ledit établissement afin de redresser sa situation financière, et ce, avec le soutien de l'Agence et du Ministère. Les effets des actions prises se feront ressentir au cours de l'exercice en 2006-2007 et l'équilibre budgétaire devrait être atteint en 2007-2008. Tous les autres établissements sont en équilibre budgétaire, soit qu'ils sont en excédent budgétaire, soit qu'ils respectent la cible déficitaire maximale autorisée.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

5.2.3 Autorisations d'emprunt

Au cours de l'exercice financier 2005-2006, l'Agence et le MSSS ont accordé 32 autorisations d'emprunt temporaire à certains établissements publics de la région. Les montants autorisés au 31 mars 2006 sont reflétés au tableau ci-après.

Le montant total des autorisations d'emprunt temporaire accordé aux établissements publics au 31 mars 2006 pour les dépenses courantes de fonctionnement représente 4,16 % (4,09 % au 31 mars 2005) du total des budgets bruts de fonctionnement des établissements publics de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les dépenses en immobilisations constituent, quant à elles, .42 % (0,55 % au 31 mars 2005).

Selon le cadre de gestion amendé le 20 mai 2005, il n'y a pas de maximum régional en ce qui a trait aux emprunts reliés aux dépenses courantes de fonctionnement. Le maximum régional étant de 5 079 000 $ pour les dépenses en immobilisations, la région respecte ce maximum en ce qui concerne cette catégorie.

Montant totaux pour chacun des types et catégories d'emprunt

	31 mars 2006		31 mars 2005
	Emprunt autorisé	**Emprunt utilisé**	**Emprunt autorisé**
Reliés aux dépenses courantes de fonctionnement			
Équilibre budgétaire	24 100 000	19 436 714	18 555 000
Ajustement régional	275 000	275 000	-
Traitement différé	118 000	118 000	295 000
Tierce responsabilité	-	-	1 000 000
Désinstitutionnalisation (note1)	8 100 000	7 800 000	11 200 000
Sous-total	32 593 000	27 629 714	31 050 000
Reliés aux dépenses en immobilisations			
Projet financé par les activités accessoires	1 689 995	1 233 727	1 844 666
Projet autofinancé	1 576 801	1 151 094	2 331 305
Sous-total	3 266 796	2 384 821	4 175 971
Grand-total	35 859 796	30 014 535	35 225 971

Note 1: Financement des coûts de transformation reliés à l'intégration dans la communauté des usagers de l'Hôpital St-Julien

5.3 RESSOURCES FINANCIÈRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISME	Subvention demandée	Mission globale	Ententes spécifiques	Budget Total
Maisons de jeunes				
«L'Eau-vent» (maison de jeunes)	110 000 $	66 859 $	0 $	66 859 $
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	180 236 $	83 201 $	0 $	83 201 $
Carrefour jeunesse de Shawinigan	180 236 $	79 074 $	0 $	79 074 $
Comité liaison Adolescents-Parents	70 293 $	40 977 $	0 $	40 977 $
Défi-jeunesse du Haut St-Maurice inc.	175 000 $	77 502 $	0 $	77 502 $
La Corporation de la Maison des jeunes «Action-Jeunesse» inc.	80 000 $	66 859 $	0 $	66 859 $
La Fréquence inc.	180 236 $	83 201 $	0 $	83 201 $
La maison de jeunes «Au bout du monde» de St-Paulin	180 236 $	66 859 $	0 $	66 859 $
La maison des jeunes Au cœur des montagnes	180 236 $	47 183 $	0 $	47 183 $
La Maison des jeunes de Plessisville inc.	180 236 $	74 653 $	0 $	74 653 $
La Maison des jeunes de Ste-Anne-de-la-Pérade inc.	85 000 $	35 741 $	0 $	35 741 $
La Traversée 12-18 ans inc.	180 236 $	75 223 $	0 $	75 223 $
L'Accueil jeunesse Grand-Mère inc.	155 000 $	79 074 $	0 $	79 074 $
L'Association des Groupes de jeunes des Hauts-Reliefs	180 236 $	47 183 $	0 $	47 183 $
Local Action jeunes	55 000 $	52 228 $	0 $	52 228 $
Maison de jeunes Le Transit	66 500 $	66 500 $	0 $	66 500 $
Maison de jeunes l'Éveil jeunesse de Louiseville inc.	257 923 $	75 224 $	0 $	75 224 $
Maison de quartier de Drummondville inc.	180 236 $	83 201 $	0 $	83 201 $
Maison des jeunes «La destination 12-17» inc.	177 500 $	94 618 $	0 $	94 618 $
Maison des jeunes «Le Chakado»	149 161 $	33 750 $	0 $	33 750 $
Maison des jeunes de Bécancour	85 000 $	27 819 $	0 $	27 819 $
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban l'Index	77 500 $	72 638 $	0 $	72 638 $
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond	180 236 $	40 977 $	0 $	40 977 $
Maison des jeunes de Saint-Cyrille de Wendover	145 000 $	54 303 $	0 $	54 303 $
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud	149 161 $	40 977 $	0 $	40 977 $
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.	90 000 $	25 993 $	0 $	25 993 $
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain	100 000 $	25 993 $	0 $	25 993 $
Maison des jeunes de St-Germain	145 000 $	47 183 $	0 $	47 183 $
Maison des jeunes du Bas St-François	60 000 $	46 345 $	0 $	46 345 $
Maison des jeunes la Forteresse	44 162 $	38 609 $	0 $	38 609 $
Trait d'union de Victoriaville	180 236 $	87 401 $	0 $	87 401 $
TOTAL	**4 259 796 $**	**1 837 348 $**	**0 $**	**1 837 348 $**
Autres ressources jeunesse				
Espace Bois-Francs	231 552 $	110 571 $	0 $	110 571 $
Espace Mauricie	319 725 $	118 870 $	0 $	118 870 $
Gentilly Transit jeunesse	79 500 $	30 000 $	0 $	30 000 $
Le refuge La Piaule du Centre du Québec inc.	250 000 $	144 210 $	0 $	144 210 $
Maison Marie Rivier de Drummondville inc.	70 000 $	34 894 $	0 $	34 894 $
Organisme Centretien de Nicolet et régions	15 000 $	15 000 $	0 $	15 000 $
Partenaires 12-18/Érable	102 500 $	51 891 $	0 $	51 891 $
Partenaires Action jeunesse Mékinac	120 000 $	34 529 $	0 $	34 529 $
Point de rue	120 000 $	65 302 $	0 $	65 302 $
Répit jeunesse	70 430 $	70 430 $	0 $	70 430 $
Toit Jef inc.	69 427 $	69 906 $	0 $	69 906 $
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	119 560 $	69 906 $	0 $	69 906 $
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	85 000 $	69 906 $	0 $	69 906 $
Travailleurs de rue, information, prévention, sensibilisation du Rivage	92 561 $	59 358 $	0 $	59 358 $
TOTAL	**1 745 255 $**	**944 773 $**	**0 $**	**944 773 $**

Cancer				
Amitié santé 04	55 000 $	29 523 $	0 $	29 523 $
TOTAL	**55 000 $**	**29 523 $**	**0 $**	**29 523 $**
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse				
Maison Habit-Action de Drummondville inc.	450 000 $	306 535 $	0 $	306 535 $
Maison Raymond Roy	400 000 $	306 535 $	0 $	306 535 $
TOTAL	**850 000 $**	**613 070 $**	**0 $**	**613 070 $**
Alcoolisme - toxicomanie et autres dépendances				
Action toxicomanie Bois-Francs	116 644 $	62 169 $	0 $	62 169 $
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.	100 000 $	74 781 $	0 $	74 781 $
Centre de réadaptation Wapan	60 000 $	0 $	45 990 $	45 990 $
Centre d'entraide aux Rayons du soleil inc.	65 000 $	25 000 $	0 $	25 000 $
Centre L'Étape du bassin de Maskinongé inc.	100 000 $	63 685 $	0 $	63 685 $
Domaine La Solitude Sainte-Françoise inc.	70 000 $	5 499 $	0 $	5 499 $
La Relance Nicolet-Bécancour inc.	100 000 $	63 685 $	0 $	63 685 $
Les Centres Jean Lapointe pour adolescents inc.	287 680 $	0 $	286 839 $	286 839 $
Maison «Réso» de la Mauricie	150 000 $	0 $	61 641 $	61 641 $
Maison Carignan inc.	225 000 $	122 169 $	0 $	122 169 $
Maison de sobriété Trois-Rivières inc.	54 000 $	43 147 $	0 $	43 147 $
Maison du Lac	350 000 $	123 886 $	0 $	123 886 $
Pavillon de l'Assuétude	500 000 $	244 696 $	0 $	244 696 $
Unité Domrémy de Plessisville inc.	125 000 $	74 781 $	0 $	74 781 $
TOTAL	**2 303 324 $**	**903 498 $**	**394 470 $**	**1 297 968 $**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille				
Allaitement-Soleil	105 000 $	40 875 $	0 $	40 875 $
Association Parents-ressources des Bois-Francs	12 500 $	0 $	13 144 $	13 144 $
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.	109 118 $	56 719 $	0 $	56 719 $
F.A.I.R.E. (Familles d'appui et intervention pour un réseau d'entraide	3 500 $	0 $	1 694 $	1 694 $
La Soupape O.C.F.	13 500 $	0 $	11 450 $	11 450 $
Maison de la famille des Chenaux	12 477 $	0 $	13 144 $	13 144 $
Maison de la famille du bassin de Maskinongé	12 500 $	0 $	11 450 $	11 450 $
Maison de la famille du groupe d'entraide aux nouveaux parents	19 000 $	0 $	13 144 $	13 144 $
Maison de la famille, Drummond inc.	16 500 $	0 $	13 144 $	13 144 $
Maternaide du Québec	100 000 $	47 551 $	13 144 $	60 695 $
Ressource Parent-ailes	15 000 $	0 $	13 131 $	13 131 $
TOTAL	**419 095 $**	**145 145 $**	**103 445 $**	**248 590 $**
Déficience physique				
«La Source» Association des personnes handicapées du Haut St-Maurice inc	75 000 $	56 592 $	0 $	56 592 $
Association de paralysie cérébrale Région Mauricie et Centre du Québec	40 300 $	29 063 $	0 $	29 063 $
Association des personnes malentendantes de la Mauricie	30 890 $	15 000 $	0 $	15 000 $
Association des personnes malentendantes des Bois-Francs	32 775 $	32 775 $	0 $	32 775 $
Association des sourds de la Mauricie inc.	61 400 $	46 482 $	0 $	46 482 $
Association des sourds du Centre-du-Québec inc.	7 500 $	6 224 $	0 $	6 224 $
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie-Centre-du-Québec inc.	54 800 $	45 667 $	0 $	45 667 $
Association sourds, malentendants Centre-du-Québec inc.	33 580 $	25 166 $	0 $	25 166 $
Centre pour handicapés physiques des Bois-Francs inc.	219 414 $	207 177 $	0 $	207 177 $
Coup de main Mauricie	130 838 $	70 129 $	10 373 $	80 502 $
H.S.I. Handicaps Soleil inc.	48 000 $	48 000 $	0 $	48 000 $
Handicap action autonomie Bois-Francs	100 000 $	65 638 $	0 $	65 638 $
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie	100 000 $	6 224 $	0 $	6 224 $
TOTAL	**934 497 $**	**654 137 $**	**10 373 $**	**664 510 $**

Déficience intellectuelle				
Arche Mauricie inc.	325 000 $	325 000 $	0 $	325 000 $
Association des personnes déficientes intellectuelles secteur Provencher inc.	140 000 $	129 649 $	0 $	129 649 $
Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie	125 000 $	70 449 $	0 $	70 449 $
L'Association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	100 000 $	58 059 $	0 $	58 059 $
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	40 000 $	39 000 $	0 $	39 000 $
Parrainage civique Drummond inc.	72 742 $	65 642 $	0 $	65 642 $
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	54 800 $	46 954 $	0 $	46 954 $
TOTAL	**857 542,00 $**	**734 753 $**	**0 $**	**734 753 $**
Déficiences multiples				
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	105 000 $	44 624 $	0 $	44 624 $
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	264 675 $	79 138 $	0 $	79 138 $
Association des parents d'enfants handicapés du Centre du Québec inc.	43 000 $	36 792 $	0 $	36 792 $
Association des personnes handicapées de Drummond inc.	48 500 $	37 895 $	0 $	37 895 $
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour	100 000 $	48 117 $	0 $	48 117 $
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	130 000 $	77 753 $	0 $	77 753 $
Association Part-égale Normandie	100 000 $	58 537 $	0 $	58 537 $
Club Joie de vivre de la M.R.C. de l'Érable inc.	120 000 $	59 179 $	0 $	59 179 $
L'Association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	64 000 $	39 000 $	0 $	39 000 $
L'Évasion Service de gardiennage et de répit	104 041 $	39 000 $	0 $	39 000 $
TOTAL	**1 079 216 $**	**520 035 $**	**0 $**	**520 035 $**
Troubles envahissants du développement				
Autisme - Centre-du-Québec	25 000 $	15 000 $	0 $	15 000 $
Autisme Mauricie	283 500 $	93 374 $	155 859 $	249 233 $
Centre de stimulation l'Envol	164 330 $	60 046 $	0 $	60 046 $
TOTAL	**472 830 $**	**168 420 $**	**155 859 $**	**324 279 $**
Santé mentale				
Association de parents La Passerelle des territoires de C.L.S.C. Nicolet-Yasmaska et les Blé d'or	200 000 $	79 491 $	0 $	79 491 $
Association des parents et amis du malade émotionnel du Centre du Québec inc.	200 000 $	79 491 $	0 $	79 491 $
Association Le P.A.S.	200 000 $	79 491 $	0 $	79 491 $
Atikamekw Sipi-Conseil de la Nation Atikamekw	30 000 $	0 $	11 174 $	11 174 $
Auto-Psy Mauricie	228 959 $	75 035 $	63 017 $	138 052 $
Centre de prévention suicide du Haut Saint-Maurice	164 070 $	93 172 $	0 $	93 172 $
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond	191 760 $	122 826 $	0 $	122 826 $
Centre prévention suicide les Deux Rives	350 000 $	300 154 $	0 $	300 154 $
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie, Mékinac, inc.	189 000 $	130 804 $	0 $	130 804 $
Groupe d'entraide "L'Entrain"	300 000 $	78 528 $	66 263 $	144 791 $
Groupe d'entraide Facile d'accès	160 000 $	68 111 $	38 739 $	106 850 $
Groupe d'entraide La Lanterne	230 000 $	79 491 $	0 $	79 491 $
La Chrysalide Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	400 000 $	289 502 $	0 $	289 502 $
La maison Le Réverbère inc.	475 000 $	289 502 $	22 731 $	312 233 $
La Ruche Aire-ouverte inc.	400 000 $	74 800 $	62 258 $	137 058 $
L'Avenue libre du bassin de Maskinongé inc.	350 000 $	69 210 $	41 367 $	110 577 $
Le Gyroscope du bassin de Maskinongé	100 000 $	76 650 $	0 $	76 650 $
Le Périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM)	200 000 $	79 491 $	0 $	79 491 $
Le Réseau de prévention suicide des Bois-Francs inc.	200 335 $	131 126 $	0 $	131 126 $
Le Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	58 111 $	0 $	58 111 $	58 111 $
Le Traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	350 000 $	88 907 $	91 158 $	180 065 $
Les Ateliers du second souffle	192 000 $	130 816 $	59 099 $	189 915 $
Les parents partenaires inc.	150 000 $	54 115 $	11 450 $	65 565 $
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	120 000 $	42 454 $	12 546 $	55 000 $
Réseau d'aide Le Tremplin inc.	689 206 $	370 734 $	88 026 $	458 760 $
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	405 000 $	0 $	319 460 $	319 460 $
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	107 500 $	0 $	107 500 $	107 500 $
TOTAL	**6 640 941 $**	**2 883 901 $**	**1 052 899 $**	**3 936 800 $**

Centre d'action bénévole (CAB)				
Carrefour d'action communautaire du Haut Saint-Maurice	192 500 $	110 069 $	0 $	110 069 $
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francs	315 000 $	233 198 $	0 $	233 198 $
Centre d'action bénévole de Grand'Mère inc.	307 500 $	133 722 $	0 $	133 722 $
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Bécancour	389 140 $	191 365 $	0 $	191 365 $
Centre d'action bénévole de la Moraine	215 000 $	93 023 $	0 $	93 023 $
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	229 560 $	133 386 $	0 $	133 386 $
Centre d'action bénévole de l'Érable	202 330 $	138 507 $	0 $	138 507 $
Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	267 000 $	118 013 $	0 $	118 013 $
Centre d'action bénévole des Riverains	216 000 $	91 990 $	0 $	91 990 $
Centre d'action bénévole Drummond inc.	309 338 $	273 239 $	0 $	273 239 $
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	252 300 $	106 429 $	0 $	106 429 $
Centre d'action bénévole du Rivage	121 659 $	121 659 $	0 $	121 659 $
Centre d'action bénévole Laviolette	351 500 $	269 560 $	0 $	269 560 $
Centre d'action bénévole Mékinac	238 000 $	117 110 $	0 $	117 110 $
Le Centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	299 586 $	204 602 $	0 $	204 602 $
TOTAL	**3 906 413 $**	**2 335 872 $**	**0 $**	**2 335 872 $**
Santé physique				
Association de la fibromyalgie Mauricie / Centre-du-Québec	110 000 $	27 500 $	0 $	27 500 $
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	60 000 $	27 500 $	0 $	27 500 $
Association des personnes aphasiques de la Mauricie	37 498 $	28 104 $	0 $	28 104 $
Association des traumatisés crânio-cérébraux, Mauricie/Centre du Québec	100 000 $	43 233 $	0 $	43 233 $
Diabète Bois-Francs	52 000 $	25 000 $	0 $	25 000 $
Épilepsie Mauricie Centre-du-Québec	134 710 $	57 727 $	0 $	57 727 $
La fondation des traumatisés cranio-cérébraux Mauricie Bois-Francs inc.	55 000 $	0 $	48 545 $	48 545 $
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	175 000 $	175 000 $	0 $	175 000 $
Société canadienne de la Sclérose en plaques, section Mauricie	100 000 $	38 157 $	0 $	38 157 $
Société Parkinson Mauricie/Centre-du-Québec inc.	46 300 $	30 000 $	0 $	30 000 $
TOTAL	**870 508 $**	**452 221 $**	**48 545 $**	**500 766 $**
Personnes démunies				
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	135 000 $	102 067 $	0 $	102 067 $
Carrefour d'entraide Drummond inc.	122 316 $	61 950 $	0 $	61 950 $
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	90 618 $	40 395 $	10 220 $	50 615 $
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	70 000 $	39 803 $	11 450 $	51 253 $
Centre d'entraide "Contact" de Warwick	65 800 $	29 521 $	0 $	29 521 $
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	170 000 $	38 681 $	11 450 $	50 131 $
Centre du Plateau Laval	131 820 $	42 449 $	28 474 $	70 923 $
Comptoir alimentaire Drummond inc.	100 000 $	54 198 $	0 $	54 198 $
Ebyôn	36 300 $	35 171 $	0 $	35 171 $
Fonds communautaire des Chenaux	85 000 $	38 237 $	15 330 $	53 567 $
La Maison de l'Abondance	35 000 $	32 487 $	0 $	32 487 $
La Sécurité alimentaire	125 000 $	50 501 $	0 $	50 501 $
La Tablée populaire	113 042 $	50 835 $	0 $	50 835 $
La Tablée populaire Shawinigan inc.	98 520 $	51 234 $	0 $	51 234 $
L'Entre-aide de Louiseville	55 000 $	30 703 $	5 110 $	35 813 $
Les Artisans bénévoles de la paix en Mauricie	63 175 $	38 458 $	0 $	38 458 $
Les Cuisines collectives des Bois-Francs	96 959 $	91 998 $	0 $	91 998 $
Ludolettre	232 871 $	41 968 $	0 $	41 968 $
Maison Coup de pouce T.R.	45 000 $	33 750 $	0 $	33 750 $
Moisson Mauricie /Centre-du-Québec	165 000 $	80 802 $	0 $	80 802 $
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	100 000 $	44 600 $	8 176 $	52 776 $
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	135 000 $	44 472 $	15 330 $	59 802 $
Pro-Anawim	593 690 $	384 988 $	20 956 $	405 944 $
Regroupement des cuisines collectives de Francheville	135 000 $	81 625 $	0 $	81 625 $
Ressource Aide alimentaire	120 000 $	42 526 $	0 $	42 526 $
SOS ressources	79 670 $	34 039 $	0 $	34 039 $
TOTAL	**3 199 781 $**	**1 617 458 $**	**126 496 $**	**1 743 954 $**

Assistance et accompagnement - Centres téléphoniques				
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Mauricie et Centre-du-Québec	304 545 $	198 969 $	0 $	198 969 $
TOTAL	**304 545 $**	**198 969 $**	**0 $**	**198 969 $**
V I H - S I D A				
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	136 450 $	102 634 $	0 $	102 634 $
Maison Re-Né inc.	201 331 $	200 256 $	0 $	200 256 $
Sidaction (Trois-Rivières) inc.	122 000 $	78 887 $	0 $	78 887 $
TOTAL	**459 781 $**	**381 777 $**	**0 $**	**381 777 $**
Hébergement mixte				
Centre Le Havre de Trois-Rivières inc	416 482 $	318 171 $	0 $	318 171 $
Ensoleilvent	430 000 $	293 470 $	0 $	293 470 $
Maison de Transition de la Batiscan	400 000 $	290 949 $	0 $	290 949 $
TOTAL	**1 246 482 $**	**902 590 $**	**0 $**	**902 590 $**
Concertation et consultation générale				
Table régionale des organismes communautaires (TROC) oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	162 500 $	106 223 $	0 $	106 223 $
TOTAL	**162 500 $**	**106 223 $**	**0 $**	**106 223 $**
Maintien à domicile				
La Société Alzheimer de la Mauricie	575 135 $	338 364 $	305 275 $	643 639 $
L'Association des aidants naturels et aidantes naturelles du bassin de Maskinongé "Mains tendres"	55 000 $	38 741 $	0 $	38 741 $
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	100 000 $	45 921 $	0 $	45 921 $
Résidence "Entre-Deux"	747 921 $	0 $	718 977 $	718 977 $
Société Alzheimer du Centre du Québec	400 000 $	123 842 $	0 $	123 842 $
Soutien à domicile des Chenaux	20 000 $	20 000 $	0 $	20 000 $
TOTAL	**1 898 056 $**	**566 868 $**	**1 024 252 $**	**1 591 120 $**
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté				
La maison La Nacelle	570 000 $	436 043 $	0 $	436 043 $
La Rose des vents de Drummond inc.	600 000 $	446 265 $	0 $	446 265 $
La Séjournelle (maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfants)	585 000 $	446 269 $	0 $	446 269 $
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.	644 100 $	466 711 $	0 $	466 711 $
Le Toit de l'Amitié	585 000 $	446 269 $	0 $	446 269 $
Maison «de Connivence» inc.	585 000 $	446 266 $	0 $	446 266 $
Maison d'hébergement La Volte-Face	575 000 $	446 266 $	0 $	446 266 $
TOTAL	**4 144 100 $**	**3 134 089 $**	**0 $**	**3 134 089 $**
Centres de femmes				
Centre de femmes de Shawinigan inc.	165 000 $	133 682 $	0 $	133 682 $
Centre de femmes L'Héritage	173 000 $	124 527 $	0 $	124 527 $
Centre de femmes Parmi elles	165 000 $	124 532 $	0 $	124 532 $
Femmes de Mékinac	165 000 $	114 824 $	0 $	114 824 $
La maison des femmes des Bois-Francs	165 000 $	129 146 $	0 $	129 146 $
Le collectif des femmes de Nicolet et région	195 000 $	124 532 $	0 $	124 532 $
Maison des femmes de Drummondville	165 000 $	137 245 $	0 $	137 245 $
TOTAL	**1 193 000 $**	**888 488 $**	**0 $**	**888 488 $**
Autres ressources pour femmes				
Centre de santé des femmes de la Mauricie	487 000 $	167 157 $	287 206 $	454 363 $
TOTAL	**487 000 $**	**167 157 $**	**287 206 $**	**454 363 $**

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)				
Centre d'aide Aqua-r-elle	200 000 $	41 330 $	0 $	41 330 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	250 000 $	236 997 $	0 $	236 997 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du Centre-de-la-Mauricie / Mékinac	230 000 $	25 000 $	0 $	25 000 $
La Passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	225 000 $	212 445 $	0 $	212 445 $
TOTAL :	**905 000 $**	**515 772 $**	**0 $**	**515 772 $**
Ressources pour hommes				
Chez-nous, Entre-hommes	35 000 $	33 229 $	0 $	33 229 $
Halte Drummond	195 000 $	122 223 $	0 $	122 223 $
Homme alternative	117 600 $	122 223 $	0 $	122 223 $
L'Accord Mauricie inc.	147 233 $	145 822 $	0 $	145 822 $
TOTAL :	**494 833 $**	**423 497 $**	**0 $**	**423 497 $**
Organismes de justice alternative				
Aux Trois pivots	571 482 $	394 950 $	0 $	394 950 $
Commun accord organisme de justice alternative	316 106 $	171 727 $	0 $	171 727 $
Départ jeunesse inc.	166 204 $	118 008 $	0 $	118 008 $
L'Alter-égaux, organisme de justice alternative	160 000 $	59 617 $	0 $	59 617 $
Organisme de justice alternative Volteface	245 733 $	215 868 $	0 $	215 868 $
Pacte Bois-Francs inc.	266 765 $	173 118 $	0 $	173 118 $
Ressources alternatives Maskinongé	91 688 $	63 985 $	0 $	63 985 $
TOTAL	**1 817 978 $**	**1 197 273 $**	**0 $**	**1 197 273 $**
GRAND TOTAL	**40 707 473 $**	**22 322 857 $**	**3 203 545 $**	**25 526 402 $**

ANNEXE

Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec lors de son assemblée du 18 juin 2003.

SECTION 1 - PRÉAMBULE

Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

Il se veut respectueux des principes et règles édictés par le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics décrété en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, ainsi que des dispositions pertinentes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le Code doit informer les membres du conseil des obligations prévues aux différentes lois et règlements. Cette contrainte impose un certain calque de ces dispositions incontournables tout en les explicitant et illustrant en fonction du contexte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et des fonctions de ses administrateurs.

Les administrateurs placés devant un dilemme d'éthique peuvent bénéficier d'un service de support-conseil auprès du répondant de l'Agence de santé et de services sociaux sur ces questions.

SECTION 2 - BUT, OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

2.1 Le présent code a pour but de préserver et renforcer la confiance des citoyennes et citoyens des régions du Centre-du-Québec et de la Mauricie dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'Agence de santé et de services sociaux, de favoriser la transparence, de responsabiliser les administrateurs, ainsi que de maintenir un haut niveau de qualité des services de santé et des services sociaux.

2.2 Conformément à l'article 35 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le présent code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux membres du conseil d'administration de l'Agence de santé et de services sociaux.

2.3 Les principes d'éthique, devant servir de guide aux administrateurs afin de les aider à juger de la justesse de leurs comportements dans l'exercice de leur fonction, tiennent compte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux, des valeurs qui sous-tendent son action ainsi que de ses principes généraux de gestion.

2.4 Les règles de déontologie font état des devoirs, obligations et responsabilités des administrateurs.

SECTION 3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 Les administrateurs, selon les statuts qui leurs sont propres, doivent dans l'exercice de leurs fonctions, respecter l'ensemble des principes d'éthique et des règles de déontologie qui leur sont applicables selon ces différents statuts.

3.2 En cas de divergence entre le présent code et les dispositions de la loi, du règlement ou d'autres codes d'éthique et de déontologie applicables à l'administrateur, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent. En cas de doute, l'administrateur doit agir selon l'esprit de ces principes et règles.

3.3 L'administrateur ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.

3.4 L'administrateur qui, à la demande de l'Agence de santé et de services sociaux, exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre, est tenu aux mêmes obligations.

3.5 La présidence du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil.

3.6 L'Agence de la santé et des services sociaux doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des informations fournies par les administrateurs en application du présent code.

SECTION 4 - PRINCIPES D'ÉTHIQUE

4.1 L'administrateur est désigné pour contribuer, dans le cadre de son mandat, à la réalisation de la mission de l'Agence de santé et de services sociaux et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens.

4.2 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés et dans le respect du droit, avec soin, prudence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable.

4.3 La contribution de l'administrateur se fait avec honnêteté, loyauté, diligence, efficacité, assiduité et équité, dans l'intérêt de l'Agence de la santé et des services sociaux et de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

4.4 L'administrateur fait fi de toute pression ou influence indue dans l'exercice de ses fonctions.

4.5 L'administrateur témoigne d'un constant souci du respect du droit des personnes aux services de santé et aux services sociaux.

4.6 L'administrateur centre ses décisions et ses actions sur les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

4.7 L'administrateur veille à ce que l'organisation et la gestion du système régional de santé et de services sociaux assurent des services accessibles, intégrés et de qualité, tout en tenant compte des particularités régionales et des ressources disponibles, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.

4.8 L'administrateur reconnaît que le fait d'être membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il ne peut laisser entendre le contraire.

4.9 L'administrateur s'abstient de toute forme de discrimination.

SECTION 5 - RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RELATIVES AUX TRAVAUX ET RÉUNIONS DU CONSEIL

L'administrateur doit :

5.1 Se préparer adéquatement et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre.

5.2 S'assurer que les données pertinentes et les enjeux reliés à la prise de décision lui sont fournis.

5.3 S'assurer qu'il dispose de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause.

5.4 S'assurer d'un suivi des décisions du conseil.

5.5 Se contraindre à la discrétion sur ce dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.6 Respecter à tout moment le caractère confidentiel des débats, échanges et discussions, ainsi que celui des informations écrites et verbales reçues.

5.7 Assister aux réunions du conseil et signifier son absence en cas d'empêchement.

5.8 Respecter les règles régissant la procédure des réunions du conseil, reconnaître l'autorité de la présidence et la souveraineté de l'assemblée.

5.9 Participer aux travaux dans un esprit de concertation, poser, le cas échéant, les questions nécessaires à sa bonne compréhension, exprimer son opinion, chercher à influencer et accepter d'être influencé par l'opinion de ses collègues.

5.10 Conserver une attitude de respect et de dignité face aux différents publics.

5.11 Préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

5.12 Traiter toute personne avec courtoisie et respect.

5.13 Ne jamais porter atteinte à la vie privée d'une personne.

5.14 Éviter de tenir des propos susceptibles d'entacher la réputation d'une personne.

5.15 Être loyal et honnête envers ses collègues et le personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux et maintenir des relations empreintes de bonne foi. En conséquence :

- respecter leurs droits et privilèges,
- reconnaître leur probité,
- ne jamais se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux,
- demander le huis clos avant d'exprimer un doute sur leur intégrité et bonne foi.

5.16 Attendre le moment du débat pour exprimer son opinion.

5.17 Voter lorsque requis ou signifier son abstention.

5.18 Éviter de se substituer aux porte-parole officiels de l'Agence de la santé et des services sociaux et transmettre fidèlement, le cas échéant, les orientations générales de l'Agence et s'abstenir de tout commentaire susceptible de porter atteinte à sa réputation.

B) RELATIVES À LA PARTISANERIE

5.19 L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

5.20 La présidence et la présidence-direction générale doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

5.21 L'administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président.

5.22 La présidence et la présidence-direction générale doivent informer le secrétaire général du Conseil exécutif de leur intention de présenter leur candidature à une charge publique élective.

5.23 La présidence et la présidence-direction générale doivent se démettre de leurs fonctions s'ils veulent se porter candidat à une charge publique élective.

C) RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊT

L'administrateur doit :

5.24 Faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel, et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme ayant proposé sa candidature pour fin de désignation au conseil.

5.25 Dénoncer par écrit (Annexe B) au président du conseil tout intérêt, direct ou indirect, actuel ou éventuel, dans un organisme, une entreprise ou une association qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de santé et de services sociaux.

5.26 S'abste[illegible] cas échéant, de siéger et de participer à toute délibération ou décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt personnel et se retirer pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question. Conformément à l'article 5.24 du présent code, l'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait que le proposeur de sa candidature soit concerné par la question.

5.27 S'abstenir, dans le cas de la présidence-direction générale, d'avoir un intérêt direct ou indirect mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de santé et de services sociaux et, si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, y renoncer ou en disposer avec diligence.

5.28 Organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

5.29 Dissocier de l'exercice de ses fonctions, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

5.30 Éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

5.31 S'abstenir d'utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.32 S'abstenir ni tenter de prendre connaissance d'une information confidentielle de l'Agence de la santé et des services sociaux qui n'est pas requise dans l'exercice de ses fonctions.

5.33 Éviter de confondre les biens de l'Agence de santé et de services sociaux avec les siens et de les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

5.34 Refuser toute rémunération ou indemnisation non prévues pour l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

5.35 Refuser tout cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui ne serait pas d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.

5.36 S'abstenir d'accorder, solliciter, exiger ou accepter, directement ou indirectement, une faveur, un avantage ou considération indue pour lui-même ou pour un tiers.

5.37 Éviter, dans la prise de ses décisions, de se laisser influencer par des offres d'emploi.

D) RELATIVES À L'APRÈS-MANDAT

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit :

5.38 Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au sein du conseil de l'Agence de la santé et des services sociaux.

5.39 Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

5.40 S'abstenir de donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence de santé et de services sociaux, un établissement ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

5.41 S'abstenir, dans l'année qui suit la fin de son mandat, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence de la santé et des services sociaux est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

SECTION 6 - PROCESSUS D'EXAMEN ET DE SANCTIONS

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou toute autre disposition prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut être sanctionné.

6.2 Tout administrateur qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code doit en saisir le président du conseil ou le vice-président, si le président est en cause.

6.3 Si le président du conseil, ou le vice-président, arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement ou omission, il doit en informer sans délais le secrétaire général associé responsable des emplois

supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles du chapitre du Règlement relatif au processus disciplinaire.

6.4 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.

6.5 L'administrateur éventuellement informé qu'une enquête est tenue à son sujet doit s'abstenir de communiquer, directement ou indirectement, avec la personne qui aurait demandé la tenue de l'enquête.

6.6 L'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans le cas présumé de faute grave.

6.7 L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

SECTION 7 - IMMUNITÉ

Ne peuvent être poursuivies, en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi, les personnes qui dénoncent un manquement ou une omission relative au présent code.

SECTION 8 - DIFFUSION DU CODE ET INFORMATION DU PUBLIC

8.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

8.2 L'Agence de la santé et des services sociaux doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.

8.3 Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux doit faire état pour l'année écoulée :

- du nombre de cas traités et de leur suivi ;
- du nombre et de la nature des manquements constatés ;
- des décisions et sanctions imposées ;
- du nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

SECTION 9 - MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

9.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit fournir un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à chacun des membres du conseil d'administration et lui en expliquer la teneur.

9.2 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe A.

9.3 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit remplir, signer et remettre la déclaration d'intérêts apparaissant à l'annexe B du présent code et doit amender cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION 10 - MODALITÉS TRANSITOIRES

Dans les trente jours de l'adoption du présent code, les membres du conseil d'administration doivent remplir et signer l'ensemble des annexes prévues.

sens humain

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec